



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**PERCEPÇÃO BIOPSISSOCIAL DO PROFISSIONAL DE
SAÚDE SOBRE A PROBLEMÁTICA DO BRUXISMO**

Trabalho submetido por
Rute Gonçalves
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

junho de 2015



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

PERCEÇÃO BIOPSISSOCIAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE A PROBLEMÁTICA DO BRUXISMO

Trabalho submetido por
Rute Gonçalves
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Maria do Rosário dias

junho de 2015

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que esta dissertação fosse possível, em particular:

À minha Orientadora, a Prof. Doutora Maria do Rosário Dias, pela disponibilidade, colaboração e conhecimentos partilhados. Sem a sua confiança e apoio a concretização deste estudo seria certamente menos profícua. Nenhuma investigação tem êxito, sem um bom Orientador, nesse sentido, estou profundamente grata pelo seu contagioso entusiasmo e sensibilidade, e por acreditar nas potencialidades desta investigação.

Aos meus pais, a quem dirijo um agradecimento especial, pela disponibilidade, paciência, carinho e demonstração de apoio incondicional na superação de obstáculos ao longo desta caminhada. Foram sobretudo eles que me permitiram uma base segura, e suporte emocional, possibilitando-me a realização do meu percurso académico. Obrigado por tudo o que me permitiram ao longo da vida.

Ao Dr. João Rua, pelo interesse e disponibilidade que demonstrou neste estudo.

Às minhas queridas amigas, Aline Pepe, Ana Catarina Fernandes, Joana Garrau e Nádía Martins, pela paciência, carinho, e pela forma como ao longo destes anos, tão bem, souberam ajudar-me.

Expresso também a minha gratidão a todos os Profissionais de Saúde entrevistados, que embora no anonimato, prestaram uma contribuição fundamental para que esta investigação fosse possível, nesta área de conhecimento.

RESUMO

Pretendemos com o presente estudo empírico averiguar se os Profissionais de Saúde, nomeadamente, Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala têm como suporte básico na *praxis clinica*, uma Perceção Biopsicossocial face à abordagem diagnóstica e terapêutica da Pessoa-Doente com Bruxismo. O Modelo Analítico da investigação foi faseado em dois momentos distintos. Num primeiro momento (M1), foram efetuadas 6 entrevistas exploratórias, a Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala com o objetivo de selecionar questões pertinentes que permitiram clarificar a problemática em estudo e a elaboração do guião de entrevista final. Num segundo momento (M2), foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir de um guião construído propositadamente para esta investigação, após a análise detalhada das entrevistas exploratórias. A amostra foi constituída por um grupo de 45 Profissionais de Saúde, 15 Médicos Dentistas, 15 Psicólogos e 15 Terapeutas da Fala, em exercício profissional há mais de 1 ano. Os resultados apontam para o fato dos Profissionais de Saúde entrevistados considerarem, na generalidade, como relevante- uma Abordagem Terapêutica Multidisciplinar à Pessoa-Doente com Bruxismo-, todavia, constatamos que os Médicos Dentistas e os Terapeutas da Fala parecem valorizar mais os determinantes neurofisiológicos, enquanto o grupo dos Psicólogos parece dar uma maior pertinência às Emoções, o que aponta para a evidência de reiterarmos a conclusão de que os Profissionais de Saúde não parecem ter uma perceção Biopsicossocial acerca da etiologia Multifatorial desta entidade nosológica. Sublinha-se ainda que, os Terapeutas da Fala e os Psicólogos considerem o Médico Dentista como uma “peça-chave”, ao nível da Abordagem Multidisciplinar ao paciente Bruxista, sendo este grupo Profissional mencionado, em supremacia, face aos restantes grupos Profissionais reportados.

Palavras-chave: Bruxismo; Biopsicossocial; Etiologia Multifatorial; Abordagem Terapêutica.

ABSTRACT

We intend with this empirical study to find out if Health Workers, in particular Dentists, Psychologists and Speech Therapists have a basic support in *clinical praxis*, a Biopsychosocial Perception view of the diagnostic and Therapeutic Approach of Sick-Person with Bruxism. The Analytical Model of the investigation was staged at two different times. At the first time (M1), 6 exploratory interviews were conducted to Dentists, Psychologists and Speech Therapists in order to select relevant issues that can clarify the issue under study and to help to prepare the final interview guide. At the second time (M2), semi-structured interviews were conducted from a guide purpose built for this research, after the detailed analysis of the exploratory interviews. The sample included a group of 45 Health Professionals, 15 Dentists, 15 Psychologists and 15 Speech Therapists in professional practice for over a year. The results show that Health Professionals interviewed consider, in general, the - Therapy Multidisciplinary Approach to the Sick-Person with Bruxism- important, however, we found that the Dentists and Speech Therapists seem to value more the neurophysiological determinants, while the group of Psychologists seems to give greater relevance to the Emotions, which indicates that Health Professionals do not seem to have a perception about the Biopsychosocial Multifactorial etiology of this disease entity. It is also emphasized that the Speech Therapists and Psychologists consider the Dentist as a “key piece” when it comes to the Multidisciplinary Approach to Bruxist patient, this professional group is mentioned in supremacy, when compared to the other groups reported.

Keywords: Bruxism; Biopsychosocial; Multifactorial Etiology; Therapeutic Approach.

ÍNDICE GERAL

I-	INTRODUÇÃO	11
1.1	Determinantes Biomédicos do Bruxismo	12
1.1.1	O Diagnóstico do Bruxismo e a sua Sintomatologia	17
1.1.2	Possíveis Causas Etiológicas do Bruxismo	20
1.1.3	Abordagem Multidisciplinar no Tratamento do Bruxismo	24
1.2	Determinantes Psicossociais do Bruxismo	26
1.2.1	O Bruxismo como uma <i>Linguagem Oculta do Corpo</i>	29
1.3	Formulação da Problemática do Estudo	35
1.4	Relevância Empírica da Temática Escolhida	38
II-	MATERIAIS E MÉTODOS	41
2.1.	Sobre o Objeto de Pesquisa	41
2.2.	Metodologia Analítica do Estudo	43
2.2.1	Metodologia de Elaboração adotada nas Entrevistas Exploratórias (Fase I)..	46
2.2.1.1.	Sobre a Análise Qualitativa das Entrevistas Exploratórias.....	53
2.2.1.2	Apresentação e Discussão dos Resultados da Análise de Conteúdo das Entrevistas Exploratórias a Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala. .	58
2.2.2	Metodologia de elaboração adotada para as Entrevistas Finais (Fase II)	65
III-	RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
IV-	CONCLUSÃO.....	87
V-	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ANEXOS

Anexo 1- Guião de Entrevista Exploratória

Anexo 2- Guião de Entrevista Final e Questionário de dados demográficos

Anexo 3 - Consentimento Informado

Anexo 4- Tabelas de Frequências dos Marcadores das Entrevistas Finais

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 1.....	59
Figura 2: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 2.....	59
Figura 3: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 3.....	60
Figura 4: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 4.....	60
Figura 5: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 5.....	61
Figura 6: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 6.....	61
Figura 7: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 7.....	62
Figura 8: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 8.....	62
Figura 9: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 9.....	63
Figura 10: Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 10.....	63
Figura 11: Distribuição de Frequências - Questão Final 1.....	70
Figura 12: Distribuição de Frequências - Questão Final 2: Bruxismo Diurno.....	72
Figura 13: Distribuição de frequências-Questão Final 2: B.A.P.S.....	73
Figura 14: Distribuição de Frequências - Questão Final 3.....	75
Figura 15: Distribuição de Frequências-Questão Final 4 (Excl.MD/Não Excl.MD).....	76
Figura 16: Distribuição de Frequências - Questão Final 4 (Não Exclusivo MD).....	77
Figura17: Distribuição de Frequências - Questão Final 4 (Exclusivo do MD).....	77
Figura 18: Distribuição de Frequências - Questão Final 5.....	80
Figura 19: Distribuição de Frequências - Questão Final 6.....	81
Figura 20: Distribuição de Frequências - Questão Final 7.....	83
Figura 21: Distribuição de Frequências – Questão Final 8 (Sim/ Não).....	85
Figura 22: Distribuição de Frequências - Questão Final 8.....	86

LISTA DE SIGLAS

ATM – Articulação Temporomandibular

B.A.P.S – Bruxismo Associado ao Período de Sono

DTM – Disfunção Temporomandibular

MD – Médico Dentista

MIC – Máxima Intercuspidação

SNC – Sistema Nervoso Central

I- INTRODUÇÃO

O Bruxismo constitui-se na atualidade como uma problemática de interesse para o Médico Dentista, por ser cada vez mais diagnosticado em muitos pacientes na *praxis clinica*, apresentando sinais e sintomas que comprometem as estruturas de suporte do sistema estomatognático, podendo também estar associado a um estado emocional alterado da Pessoa-Doente. Assim, configura-se como fundamental o enquadramento Biopsicossocial dos fenómenos que ocorrem ao nível da cavidade oral do paciente com Bruxismo, nomeadamente, no que concerne aos Hábitos Parafuncionais que estão associados a esta problemática.

A Pessoa-Doente é um Ser de natureza Biopsicossocial e, torna-se fundamental que, o Médico Dentista tenha isso em consideração na abordagem terapêutica junto do paciente Bruxista, daí o interesse pioneiro em termos do presente objeto de estudo, pelo fato de não existirem estudos consistentes na literatura científica consultada que objetivem investigações suportadas em equipas Multidisciplinares tendo como problemática de estudo esta patologia.

Na atualidade da *praxis clinica*, o Ser Humano deverá ser vivenciado como uma entidade Biopsicossocial, configurando-se como a *moldura de um vínculo* entre os fatores Biológicos, Psicológicos e Sociais que o determinam. Estes fatores influenciam o Ser Humano ao longo do ciclo de vida e como tal, torna-se fundamental que os Profissionais de Saúde adotem estes princípios orientadores no âmbito da Abordagem diagnóstica e terapêutica da Problemática do Bruxismo.

Elegemos como amostra do presente estudo empírico, 3 grupos de Profissionais de Saúde, -Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala-, em exercício de atividade profissional, na medida em que, esta *triangulação de profissionais*, se constitui como uma resposta clinica adequada a esta entidade nosológica tendo, também, como objetivo nuclear, avaliar a Perceção Biopsicossocial dos Profissionais de Saúde envolvidos. A presente investigação está delineada num Modelo Teórico, num Modelo Analítico e num Modelo Interpretativo de pesquisa. A primeira parte da narrativa da dissertação é suportada na construção do Modelo Teórico do estudo, a segunda parte incide sobre o Modelo Analítico da pesquisa, e a terceira parte encerra com a conclusão interpretativa deste trajeto-analítico, bem como se sugerem algumas propostas para investigações futuras.

1.1 Determinantes Biomédicos do Bruxismo

O termo Bruxismo tem origem do grego “*bruchein*” e significa apertamento, fricção ou atrito dos dentes (Gama, Andrade & Campos, 2013). Historicamente não se configura como um “fenômeno” contemporâneo, tendo sido curiosamente citado em templos bíblicos nos salmos de Davi e Evangelho de Mateus em aproximadamente 600 a 200 a.C. e 75 a 90 d.C. (Silva & Cantisano, 2009, citando Monte & Soares; Monroy & Fonseca; Romero). Na literatura Médico Dentária o termo Bruxismo foi introduzido pela primeira vez em 1907 por Marie Pietkiewicz, uma pesquisadora francesa (Alóe, Gonçalves, Azevedo & Barbosa, 2003; Molina et al., 2002; Shetty, Pitti, Babu, Kumar & Deepthi, 2010). O Bruxismo é um tema de interesse para o Médico Dentista por se tratar de um Hábito Parafuncional cada vez mais diagnosticado nos pacientes na atualidade, apresentando sinais e sintomas clínicos que comprometem as estruturas de suporte do sistema estomatognático (Silva & Cantisano, 2009), e é definido como um contacto estático ou dinâmico dos dentes, em momentos em que não ocorre a mastigação ou deglutição, e poderá estar associado a um estado emocional alterado do paciente, como é o caso do *stress*, ocorrendo em elevado estado de alerta físico e mental, ansiedade, tensão e nervosismo (Rodrigues, Ditterich, Shintcovsk & Tanaka, 2006). Atualmente o Bruxismo é definido como uma atividade involuntária dos dentes, da mandíbula e maxila, sendo um Hábito Parafuncional, que resulta no apertamento, fricção ou atrito, sem finalidade funcional (Johanns, Silvério, Furkim & Marchesan, 2011; Silva & Cantisano, 2009; Behr et al., 2012; Gama et al., 2013), podendo ter manifestações durante o período diurno- Bruxismo Cêntrico ou noturno -Bruxismo Excêntrico, (Gama et al., 2013; Seger, 2002), podendo ainda ser de natureza consciente ou inconsciente (Almeida, Silva, Correa & Busanello, 2011) considerando-se como uma manifestação do equilíbrio Biopsicossocial do sujeito (Seger, 2002). O Bruxismo diurno e o Bruxismo noturno são entidades clínicas diferentes, que surgem em diferentes estados de consciência, podendo ter diferentes etiologias (Bader & Lavigne, 2000), embora os efeitos visíveis sobre a dentição possam ser similares (*American Academy of Sleep Medicine*, 2005).

O Bruxismo noturno manifesta-se por movimentos não funcionais da mandíbula, resultantes da contração rítmica do músculo masséter, caracterizando-se pelo ranger e apertar dos dentes durante o sono (Palinkas et al., 2014), sendo uma atividade involuntária e estereotipada (Bader & Lavigne, 2000) geralmente associada a

despertares curtos com a duração de 3 a 15 segundos, conhecidos como microdespertares. O Bruxismo noturno pode ainda ser classificado em primário e secundário. O Bruxismo noturno primário ou idiopático pode ser periférico devido a fatores oclusais, ou central quando existe um desequilíbrio aminérgico do Sistema Nervoso Central (SNC). O Bruxismo noturno secundário pode estar associado, a fármacos e outras substâncias, a Transtornos do Sono, a Transtornos Neurológicos, a Transtornos Psiquiátricos e a outras Doenças, como a Fibromialgia, a Dor Miofascial e o Síndrome de Sjögren (Alóe et al., 2003; Bader & Lavigne, 2000). Como entidade clínica pode ainda ser classificado em Fisiológico, sendo um hábito comum na dentição mista, e durante a erupção dos dentes devido naturalmente às interferências oclusais. Ocorre em mais de 50% das crianças normais, com início numa idade média de 10,5 meses, logo após a erupção dos incisivos centrais (*American Academy of Sleep Medicine, 2005*). A partir dos 11 anos parece haver um processo de redução natural deste Hábito Parafuncional (Faulker, 1990). Quanto à Contração, o Bruxismo pode ser classificado em Cêntrico e Excêntrico. O Bruxismo Cêntrico (*clenching*) manifesta-se por um apertar dos dentes, na posição de relação cêntrica ou em máxima intercuspidação (MIC), podendo ser confundido com as funções normais do aparelho mastigatório (Souza, Silva, Lemos & Lins, 2010). A contração muscular é isométrica, no entanto, não ocorre deslize dos dentes. O Bruxismo Excêntrico caracteriza-se pelo ranger, apertar e deslize dos dentes nas posições de protrusão e movimentos de lateralidade, manifestando-se durante o período de sono. A contração muscular é isotónica, e manifesta-se nas funções de deslize e desgaste, quer dos dentes anteriores, como dos posteriores (Rodrigues et al., 2006).

No que se refere à duração dos sintomas do Bruxismo pode ainda ser classificado em Agudo, Subagudo ou Crónico. O Bruxismo Agudo é aquele que pode ter a duração de sete dias ou menos, quando por uma determinada circunstância o processo em si torna-se agressivo, e o organismo perde a capacidade adaptativa e de defesa, podendo levar ao aparecimento de sensibilidade dentária, pulpites, necrose pulpar e diminuição da dimensão vertical. O Bruxismo Subagudo pode ter uma duração de mais de sete dias mas menos de um mês. O Bruxismo Crónico surge quando a duração é superior a um mês, e o organismo tende a adaptar-se à situação. Quanto à Gravidade pode classificar-se como Leve, Moderado e Grave. O Bruxismo Leve não ocorre todas as noites e não há evidência de lesões dentárias, ou prejuízo do funcionamento Psicossocial. No

Moderado, os episódios surgem todas as noites, mas o comprometimento do funcionamento Psicossocial é leve. O Grave pode ocorrer todas as noites, existindo evidências de lesões dentárias, distúrbios a nível da Articulação Temporomandibular (ATM) e pode existir uma disfunção a nível Psicossocial moderada ou grave (*American Academy of Sleep Medicine, 2005*).

O aparelho estomatognático é assim uma unidade morfofuncional, constituída por uma série de estruturas que formam parte do maciço craniofacial, que participam na realização de uma série de funções vitais para a vida, tais como a mastigação, a deglutição, a fonação e a respiração, que são controladas por reflexos protetores e músculos. Nenhuma estrutura é mais importante que a outra, pois todas elas se constituem como uma unidade sistémica. O aparelho mastigatório é constituído pelos dentes, estruturas de suporte, componentes esqueléticos (maxila e mandíbula), ATM, músculos mastigatórios, lábios, língua, bochechas, glândulas salivares, sistema neuromuscular e vascular (Castro, Clemente, Ramos, Mendes & Pinto, 2013; Garcia, Cabrera, Reyes & Méndez, 2014). A ATM tem especial importância no controlo postural do Corpo, dado que funciona como uma charneira, entre a cabeça e a região cervical, formando o complexo crânio-cervico-mandibular. Da interação destas estruturas anatómicas e biomecânicas entre o sistema estomatognático e a região cervical, as alterações posturais da cabeça e pescoço influenciam as interações neuromusculares que podem contribuir ou até agravar os distúrbios temporomandibulares manifestos. O contrário também se aplica, isto é, a presença de distúrbios temporomandibulares pode desencadear alterações posturais. O Bruxismo, como referido anteriormente é uma Parafunção diurna ou noturna, caracterizada pelo ranger ou apertar dos dentes, com ou sem posições estáticas prolongadas e forçadas. A capacidade de diagnosticar esta Parafunção de etiologia Multifatorial é fundamental, na medida em que a presença de hiperatividade muscular a nível dos músculos mastigatórios observada nos indivíduos Bruxistas pode levar a alterações a nível do complexo crânio-cervico-mandibular, podendo ter como consequências secundárias a manifestação de dor e desconforto a nível dos músculos mastigatórios e posturais, dor na ATM, fratura de restaurações, desgaste e sensibilidade dentária (Castro et al., 2013). Todas estas alterações podem gerar adaptações no desempenho do sistema estomatognático, na medida em que a severidade das alterações irá variar e depender da resistência das estruturas atingidas, do tempo de existência do Bruxismo, da frequência

com que ocorre e até mesmo do estado geral do próprio indivíduo (Busanello-Stella, Berwing, Almeida, Silva & Mello, 2011; Primo, Miura & Boleta-Ceranto, 2009).

Num estudo realizado, em que pretendia caracterizar o sistema estomatognático dos indivíduos Bruxistas conclui-se que a maioria destes pacientes, apresentam dor à palpação nos músculos intra e extra-orais, e também na ATM, desvio da mandíbula durante a abertura, desgastes dentários, assimetria das bochechas e da mastigação (unilateral), podendo estes sinais e sintomas serem considerados indicativos de Bruxismo. Este estudo sugere uma plataforma diagnóstica que pode ser efetuada em Medicina Dentária e Terapia da Fala. Ainda foi sugerida uma relação entre o Bruxismo e as Disfunções Temporomandibulares, que ocorre provavelmente devido ao estímulo mecânico causado pelo Bruxismo, que quando persistente pode provocar um estímulo nociceptivo prolongado, e a ativação dos músculos mastigatórios e faciais desencadeando dor, assumindo-se assim como um fator importante da patogénese (Busanello-Stella et al., 2011). Almeida e colaboradores (2011), realizaram um estudo que teve por objetivo mensurar a atividade elétrica dos músculos masséter e temporal, e verificar a graduação da dor à palpação, e a sua correlação elétrica em indivíduos com Bruxismo. De acordo com os resultados obtidos conclui-se que o padrão electromiográfico do masséter e temporal apresentava níveis próximos da normalidade, em indivíduos com Bruxismo, e em repouso, em MIC, e na mastigação habitual ritmada. As queixas de dor nos indivíduos Bruxistas parece ser evidente, sendo a dor severa a mais relatada, sobretudo a nível do masséter. No entanto, os resultados mostram que apesar da presença de dor muscular, neste estudo, a correlação entre dor e atividade elétrica foi fraca e os resultados não foram estatisticamente significativos. Algumas variáveis como a idade, o género, o tempo de diagnóstico do Bruxismo, particularidades de cada indivíduo em tolerar a dor ou conviver com os efeitos da Doença, podem atenuar ou acentuar os efeitos da dor sobre a atividade elétrica dos músculos, dado que as características individuais de cada indivíduo são importantes para este tipo de associação. Por outro lado, num estudo realizado por Palinkas e colaboradores (2014), com o objetivo de avaliar os efeitos do Bruxismo do sono na atividade electromiográfica dos músculos masséter e temporal, constataram que ocorreu uma alteração no padrão de ativação dos músculos mastigatórios em indivíduos com Bruxismo do sono, onde estes apresentaram menor atividade muscular quando comparados com indivíduos saudáveis. Isto deve-se provavelmente ao fato dos

indivíduos que apresentam Bruxismo noturno ao longo do tempo tenham-se adaptado à sobrecarga, ao cansaço muscular e ao estímulo levando a que ocorra uma conversão das fibras rápidas em lentas promovendo uma diminuição da atividade mioelétrica.

Na verdade podemos afirmar que a maioria da população num determinado momento da sua trajetória de vida já apertou os dentes, variando entre 3% e 20% na população em geral, sendo mais comum nos jovens com idade entre os 18 e 29 anos (Alóe et al., 2003; Oporto, Lagos, Bornhardt, Fuentes & Salazar, 2012), manifestando-se um declínio com o avançar da idade. No entanto é difícil de estimar a prevalência do Bruxismo, porque na maioria dos casos o indivíduo não tem autopercepção deste transtorno (Bader & Lavigne, 2000). Num estudo realizado por Sari e Sonmez (2001), concluíram que o Bruxismo parece estar a surgir com mais frequência na população jovem, sendo o seu início associado precocemente à idade de 1 ano, ou seja, logo após a erupção dos incisivos decíduos. No mesmo registo segundo Mieszko, Paradowska-Stolarz e Wieckiewicz (2014) a prevalência do Bruxismo depende do desenvolvimento das civilizações e dos atuais estilos de vida. A atual sociedade em que vivemos está “contaminada” de aspetos que aumentam os níveis de *stress*, tornando-o assim lesivo para a saúde mental dos indivíduos. Nos últimos anos, o número de pacientes Bruxistas aumentou, significativamente em adultos, (20% para o Bruxismo diurno e 8% para o Bruxismo noturno), marcando a sua prevalência, sendo o Bruxismo diurno diagnosticado mais em mulheres, enquanto o Bruxismo noturno parece não ter prevalência significativa para o género feminino (Alóe et al., 2003; Bader & Lavigne, 2000; Shetty et al., 2010). Noutro estudo realizado por Busanello-Stella e colaboradores (2011), a prevalência de Bruxismo identificado foi superior nas mulheres. Ainda assim, num estudo realizado em estudantes universitários onde se pretendia avaliar o desgaste dentário e o Bruxismo, verificou-se a existência de um predomínio para o género masculino (Enríquez, Pérez & Deschamps, 2004), e o mesmo foi constatado por Alfaya e colaboradores (2013), onde verificam a existência de uma maior prevalência de Bruxismo no género masculino e simultaneamente concluíam que fatores emocionais como os hábitos parafuncionais, parece ter um papel importante na etiologia e perpetuação do Bruxismo.

Calderon, Kogawa, Lauris e Conti (2006), realizaram um estudo que tinha como objetivo avaliar a influência do género no Bruxismo, na força máxima de mordida, numa amostra de cento e dezoito voluntários com uma média de idade de 24 anos.

Concluíram também que na ausência de Bruxismo a força de mordida é maior no género masculino, no entanto na presença do diagnóstico de Bruxismo não foi observada nenhuma influência na força de mordida. Seger (2002), cita no seu livro, *Psicologia e Odontologia-Uma abordagem Integradora*, a perspectiva de vários autores, quanto à incidência do Bruxismo, não parecendo existir diferenças significativas quanto ao género e idade referido. Esta avaliação foi efetuada pela observação clínica, sendo a sua incidência na ordem de 78% a 81%. Estes dados são muito pertinentes e revelam a importância de conhecer e tratar esta Parafunção, no entanto, os resultados dos estudos não são unânimes quanto à prevalência do Bruxismo nesse género identificado. Contudo não parece haver um fator único responsável pelo Bruxismo, revelando-se entre os fatores mais referidos o *stress*, a hiperfunção dopaminérgica central, alterações do sono, fatores genéticos, bem como a oclusão, e o défice de substâncias como o cálcio e magnésio (Garcia et al., 2014; Hachmann, Martín, Araujo & Nones 1999; Primo et al., 2009).

1.1.1 O Diagnóstico do Bruxismo e a sua Sintomatologia

O diagnóstico do Bruxismo é realizado através da história clínica do paciente, da informação fornecida por vezes pelo conjugue ou familiares mais próximos, e pela observação clínica dentária. No entanto a sua avaliação e diagnóstico é de uma complexidade acrescida. Na verdade, quer os indivíduos Bruxistas, como os indivíduos “normais” podem denunciar alguma atividade parafuncional noturna, pois o que diferencia é a temporalidade, e a intensidade das contrações musculares envolvidas na sua sintomatologia (Alóe et al., 2003; Rodrigues et al., 2006).

O Bruxismo é uma patologia onde até no exame clínico à cavidade oral, é possível observar vestígios de desgastes oclusais severos, hipertrofia muscular, desgaste do bordo incisal nos dentes anteriores, sendo estes os alertas primários para a presença de danos visíveis. Ainda assim, também é possível observar, facetas dentárias polidas, incremento da linha alba, na mucosa jugal, edentações no bordo lateral da língua, erosão cervical, fraturas coronárias ou de restaurações. O desconforto dos familiares também se pode revelar como um sinal de alerta para esta problemática, quando identificam ruídos dos sujeitos durante o período de sono, e a dor manifesta também se pode evidenciar e manifestar a nível dentário, muscular e articular (Diniz, Silva & Zuanon, 2009). Registos obtidos com recurso a Polissonografia documentam a presença de episódios de

ranger dos dentes, o que permite identificar alterações na arquitetura do sono, como a presença de microdespertares, mioclonias dos membros inferiores, roncos e distúrbios respiratórios dependentes do sono (Alóe et al., 2003). Os eventos de Bruxismo estão associados à mudança do sono profundo para o leve, geralmente no estágio de sono mais leve 1 e 2 do sono não-REM (*rapid eye movement*) (Rodrigues et al., 2006).

A avaliação clínica baseia-se também na análise qualitativa, e acredita-se que a inclusão da Electromiografia de superfície, na rotina dos procedimentos de avaliação venha a contribuir de modo mais efetivo para o diagnóstico, já que permite a análise da atividade elétrica dos músculos envolvidos (Almeida et al., 2011). Outro modo de diagnóstico do Bruxismo associado ao período do sono é o denominado *BruxChecker*, permitindo a avaliação dos padrões de desgaste dentário, que ocorrem durante o período de sono. Por conseguinte, este dispositivo é crucial ao nível do diagnóstico do Bruxismo, de modo a adaptar o plano de tratamento a cada paciente. O *BruxChecker*, consiste numa placa muito fina, e o paciente é instruído a colocá-la imediatamente antes de se ir deitar, e só a deverá remover ao acordar, no decurso mínimo de dois dias consecutivos. O maior benefício deste dispositivo para o Médico Dentista é permitir a observação dos contactos dentários reais durante o período de sono, mas também se torna muito proveitoso para o paciente, na medida em que permite uma consciencialização do seu problema (Onodera, Kawagos, Sasaguri, Protacio-Quismundo & Sato, 2006).

Dependendo da forma como o Bruxismo se manifesta, podem ser observados diferentes sinais e sintomas (Busanello-Stella et al., 2011; Rodrigues et al., 2006). Os danos mais relevantes do Bruxismo podem ser agrupados em efeitos sobre a dentição, efeitos a nível dos tecidos periodontais e músculos mastigatórios, na ATM, dores de cabeça, e efeitos a nível comportamental e psicológico. A nível dentário é possível observar no exame clínico a presença de desgaste nos bordos incisais e/ou oclusais dos dentes antagonistas, sobretudo a nível dos bordos incisivos dos dentes anteriores, facetas de desgaste nas cúspides dos dentes posteriores, e podem também observar-se poli-fraturas dos dentes e das restaurações. A nível periodontal pode ser observada uma hipermobilidade dentária na ausência de Doença periodontal, pulpites, odontalgias, fraturas de coroas e migração de dentes. Os danos manifestos podem estar assim restritos a um único dente ou a toda a dentição. Entre as alterações no periodonto provocadas pelo Bruxismo, podemos também encontrar reabsorção óssea, alargamento

do espaço periodontal, necrose dos tecidos periodontais, aparecimento de diastemas, recessões gengivais e hipercementose (Alóe et al., 2003; Shetty et al., 2010).

Outros sinais e sintomas relevantes no Bruxismo envolvem a sensibilidade ao toque, a sensação de rigidez dos músculos mastigatórios, a contração excessiva e atípica do masséter, cefaleias que podem ser provocadas pela má perfusão do músculo temporal, e ruídos noturnos. Os músculos mastigatórios são muito afetados com um aumento de tónus, espasmos, contração sustentada e perda dos períodos de relaxamento muscular. O Bruxismo está vinculado à etiologia da dor orofacial, o que vai ao encontro das principais queixas dos indivíduos Bruxistas, como a mialgia a nível do masséter e temporal, cefaleias, cervicalgias e dor, ou até hipersensibilidade dentária a estímulos térmicos e alterações das estruturas periodontais, e diminuição do fluxo salivar (Almeida et al., 2011; Busanello-Stella et al., 2011). Durante a anamnese o paciente muitas vezes também relata queixas de fadiga, dor muscular, zumbidos, o que pode provocar a limitação da abertura da boca e ruídos a nível da ATM. É ainda importante referir que de acordo com os relatos feitos pelos pacientes Bruxistas, ocorre uma exacerbação dos sintomas acima mencionados, que parecem estar relacionados com um aumento da tensão emocional. Outros dos sintomas referidos na literatura científica são os traços de personalidade associado ao perfil destes indivíduos, apresentando uma propensão para a ansiedade, redução da libido e hipertensão arterial sistémica (Alóe et al., 2003; Rodrigues et al., 2006).

Os efeitos a nível da ATM estão diretamente relacionados com as mudanças que acontecem nos músculos. A dor e o desconforto ao nível da articulação são as principais queixas do paciente, além da dificuldade em mastigar, e a falta de coordenação durante os movimentos mandibulares. As dores de cabeça surgem como uma consequência da isquémia produzida pelo estado hipertónico dos músculos, devido à crescente falta de oxigenação, estimulando as terminações nervosas que consequentemente respondem com dor. Estas dores de cabeça podem ser sentidas na região frontal, atrás dos olhos, e ao longo da origem do masséter no arco zigomático, manifestando-se como dores unilaterais ou bilaterais, e podem durar várias horas (Alóe et al., 2003; Lavigne, Khoury, Abe, Yamaguchi & Raphael, 2008; Rodrigues et al., 2006).

O Bruxismo diurno é de natureza semi-involuntária, surge quando o indivíduo está acordado, e manifesta-se por episódios de contração dos músculos mastigatórios. Pode

ter como causas iatrogénicas condições médicas associadas, como por exemplo, a distonia e a administração de neurolépticos. Em contrapartida o Bruxismo noturno apresenta como principais sinais e sintomas o ruído que é característico do ranger dos dentes, desgaste dentário, danos a nível gengival como inflamação ou recessão, inflamação do osso alveolar, dor local, hipertrofia dos músculos masséter e temporais, cefaleias, disfunção da ATM, sonolência diurna e sono de má qualidade (Alóe et al., 2003; *American Academy of Sleep Medicine*, 2005). No âmbito dos estudos efetuados ao nível dos perfis psicológicos dos indivíduos Bruxistas foram realizadas algumas tentativas empíricas para especificar os traços de personalidade dos indivíduos Bruxistas, e na sua maioria revelaram-se como indivíduos ansiosos e com maior vulnerabilidade ao *stress*, contudo esta associação imediatista ainda parece ser muito controversa. A *American Academy of Sleep Medicine* (2005), refere contudo que frequentemente, tem sido relatada uma correlação evidente entre ansiedade e Bruxismo. No que se refere às fases do sono em que se observam os episódios Bruxistas, a opinião entre autores parece também ser controversa, sendo que alguns revelam o apertar/ranger dos dentes durante todas as fases do sono, enquanto outros referem que surgem durante a fase REM (*Rapid Eye Movement*) (Bader & Lavigne, 2000).

1.1.2 Possíveis Causas Etiológicas do Bruxismo

Vários estudos sobre a etiologia do Bruxismo parecem ser inconclusivos, (Gonçalves, Toledo & Otero, 2010; Gama et al., 2013), no que sendo considerado como uma desordem complexa e Multifatorial (Rodrigue et al., 2006; Shetty et al., 2010). Todavia, os investigadores têm sugerido que fatores locais como a má-oclusão, estão a perder a sua importância etiológica, enquanto fatores Cognitivo-Comportamentais como o *stress*, a ansiedade e os traços de personalidade, estão a ganhar terreno para uma maior atenção clínica (Gama et al., 2013; Gonçalves et al., 2010; Rodrigues et al., 2006). De acordo com Almeida e colaboradores (2011), para além dos fatores acima mencionados, ainda os fatores sistémicos, os ocupacionais e/ou fatores hereditários devem ser tomados em consideração. Os fatores sistémicos relacionados com o Bruxismo, podem ter alterações a nível do aparelho gastrointestinal, como parasitas intestinais e desequilíbrios nas enzimas digestivas, que podem levar ao desconforto abdominal crónico, a disfunções urológicas, e a desordens endócrinas, como por exemplo o hipotiroidismo (Palinkas et al., 2014; Rodrigues et al., 2006). De revelar que os fatores nutricionais, também podem estar incluídos na etiologia do Bruxismo, como

o consumo de bebidas xantogénicas (café, chá, chocolate, refrigerantes tipo coca-cola), o álcool, e o tabaco, dado que estimulam o SNC, podendo aumentar os níveis de ansiedade e *stress*, e desse modo como fatores desencadeantes e perpetuantes do Bruxismo (Manfredini & Lobbezoo, 2009; Rangel, Roque, Gouveia, Roque & Martinez, 2011; Shetty et al., 2010; Soares, Miranda, Assencio-Ferreira e Ninno, 2004).

O Bruxismo é uma atividade parafuncional que parece ser modulada por vários neurotransmissores do SNC, mas não se pode afirmar que tenha uma regulação apenas central, daí que o Bruxismo possa estar associado a disfunções crânio- mandibulares, incluindo dores de cabeça, disfunção temporo- mandibular, dor muscular, perda precoce de dentes devido a atrição excessiva e mobilidade, além da interrupção do sono do indivíduo (Gonçalves et al., 2010; Shetty et al., 2010). Relativamente aos neurotransmissores e a sua relação com o Bruxismo, num estudo realizado por Seraidarian, Seraidarian, Neves, Marchini e Claro (2009) que teve como objetivo detetar e quantificar os níveis urinários de catecolaminas, mais especificamente de adrenalina, noradrenalina e dopamina em indivíduos com Bruxismo do sono e indivíduos não Bruxistas, concluíram que os indivíduos com Bruxismo do sono apresentam níveis mais elevados de catecolaminas urinárias. As catecolaminas mais abundantes são as mencionadas acima, que são libertadas pela glândula suprarrenal em situações de por exemplo *stress* psicológico, sendo de principal interesse a dopamina, porque tem influência na neurotransmissão central, em que uma das suas funções é a inibição de movimentos espontâneos, deste modo uma disfunção dopaminérgica poderia induzir comportamentos estereotipados e locomotores, como ocorre no caso do Bruxismo (Alencar, Martins & Vieira, 2014). Num estudo elaborado por Gonçalves e colaboradores (2010), concluíram que não parece haver uma relação estatisticamente significativa entre Bruxismo e os fatores oclusais, apenas os hábitos bucais mostraram relação estatisticamente significativa, no entanto apenas a sucção da chupeta parecia estar relacionada com o Bruxismo. São necessários mais estudos para melhor compreender a génese dos fatores locais do Bruxismo. Por outro lado, estudos empíricos têm demonstrado uma relação entre o Bruxismo e as patologias associadas a desordens respiratórias, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono ou relacionado com hábitos como a sucção do dedo, onicofagia e mordedura de objetos (Gonçalves et al., 2010; Diniz et al., 2009). Assim, Seger (2002) refere que a etiologia do Bruxismo é muito controversa e que durante muitos anos a causa de Bruxismo foi atribuída a

problemas de má-oclusão. Outra teoria contemplada é a de natureza psicológica, que sugere que a ansiedade e o *stress* estão correlacionados com a atividade de ranger ou apertar os dentes e os Bruxistas são submetidos a mais *stress* diário que os não Bruxistas. Os fatores emocionais são apontados como dos mais importantes na gênese do Bruxismo, podendo estar relacionados com frustrações do indivíduo que tende a descarregar a sua agressividade contida através do aparelho estomatognático (Rodrigues et al., 2006; Shetty et al., 2010). O Bruxismo pode denunciar clinicamente *stress* mental e físico ou pode alertar o paciente para a presença de um contacto oclusal anormal. O Bruxismo é visto como um mecanismo de evidente agressão quando uma vontade básica do indivíduo é bloqueada como frustração ou raiva reprimida (Seger, 2002).

O artigo de Gama e colaboradores (2013), cita vários fatores associados a estudos sobre o Bruxismo, tais como: Fatores Locais (má-oclusões, traumas oclusais, contactos prematuros, reabsorções radiculares, cálculo dentário, quistos dentígeros, perda de dentes, restaurações em excesso e tensão muscular; Fatores Sistêmicos (alterações do sistema digestivo, deficiências nutricionais e vitamínicas, alergias, parasitas intestinais, distúrbios otorrinológicos, alterações endócrinas, Síndrome de *Down* e deficiência mental (Diniz et al., 2009; Silva & Cantisano, 2009); Fatores Emocionais (ansiedade, *stress*, raiva, ações emocionais, agressão reprimida, medo, diversos tipos de frustrações, depressão, distúrbios do sono, falta de higiene de sono, uso de psicofármacos, dor crónica, consumo de bebidas xantogénicas (Gonçalves et al., 2010; Silva & Cantisano, 2009); Fatores Hereditários (pais com hábitos parafuncionais têm filhos que apertam ou rangem os dentes, o que sugere uma predisposição hereditária, embora o modo de transmissão ainda não seja conhecido), (Diniz et al., 2009), e Fatores Ocupacionais (atividade físicas, profissionais e mentais, apresentam diferenças significativas entre pacientes com e sem Bruxismo), (Silva & Cantisano, 2009).

No que se refere aos fatores genéticos, a hipótese é revelada, no entanto dificilmente o Bruxismo está exclusivamente associado à alteração da expressão de um gene. Contudo poderá estar associado a vários genes que possam conduzir à manifestação desta Parafunção. Também é importante mencionar que a expressão de genótipos característicos de indivíduos com traços de personalidade com propensão para a ansiedade possam influenciar o desenvolvimento do Bruxismo, manifestando-se assim uma influência genética nesta Parafunção na medida em que os indivíduos Bruxistas relatam ter indivíduos na família com Bruxismo (Lavigne et al., 2008), apesar disso, a

possibilidade de que alterações genéticas do ADN influenciem o aparecimento do Bruxismo, não é, até agora, fundamentada na literatura científica com estudos genético-moleculares que confirmem esta hipótese (Oporto et al., 2012).

Num estudo que pretendeu relacionar os hábitos tabágicos com o Bruxismo, numa amostra de 3124 indivíduos com uma idade compreendida entre os 23 e 27 anos, concluíram que existe uma associação significativa entre o consumo de nicotina e o Bruxismo (Rintakoski et al., 2010a) um outro estudo que pretendeu verificar a associação entre tabagismo e Bruxismo, controlando fatores genéticos e fatores ambientais em gémeos, concluíram que independentemente do fundo genético, o tabagismo e Bruxismo parecem estar associados. Os resultados deste estudo suportaram a hipótese de que poderá existir uma vinculação entre a dependência do consumo da nicotina com o Bruxismo. O estudo com gémeos forneceu novas evidências de que esta associação é independente de possíveis genes partilhados. Além disso, neste mesmo estudo, a dependência da nicotina também parece estar associada ao Bruxismo, mesmo na presença de uma história de depressão major e dependência de álcool (Rintakoski et al., 2010b).

Os Médicos Dentistas devem estar informados sobre os recentes estudos e variáveis associadas ao Bruxismo e o mesmo se aplica à etiologia, prevalência e efeito do Bruxismo como entidade nosológica (Gonçalves et al., 2010). As possibilidades de tratamento para este fenómeno Parafuncional é ainda discutível, no entanto, há tratamentos que estão direcionados para uma abordagem do Médico Dentista, no sentido de proteção da cavidade oral, diminuindo o ranger dos dentes, aliviando as dores orofaciais e temporais, e melhoria da qualidade do sono, o que pode vir a incluir ajustes oclusais, restaurações das superfícies dentárias e placas interoclusais à base de silicone (Gama et al., 2013; Silva & Cantissano, 2009). A abordagem farmacológica pode ser apenas paliativa, e no caso de existir dor podem ser prescritos analgésicos, anti-inflamatórios e miorelaxantes. Em casos agudos e graves podem ser prescritas benzodiazepinas, anti-convulsivantes, beta-bloqueantes, agentes dopaminérgicos, antidepressivos e relaxantes musculares, contudo, não há nenhum fármaco considerado de eleição (Gama et al., 2013). É importante ainda referir que a terapêutica farmacológica não é muito adotada, pelo risco que está vulgarmente associado à dependência física e psicológica dos fármacos prescritos (Shetty et al., 2010; Silva & Cantissano, 2009).

1.1.3 Abordagem Multidisciplinar no Tratamento do Bruxismo

A terapêutica do Bruxismo deve ser abordada de forma Multidisciplinar, não existindo uma medida terapêutica exclusiva, um tratamento único ou sequer uma cura para o paciente Bruxista. Neste sentido é fundamental que se construa uma relação entre o Profissional de Saúde-Paciente, de forma a garantir uma adesão terapêutica e o suporte no desconforto vivido pelo paciente Bruxista. É importante consciencializar o paciente em relação ao hábito, juntamente com um tratamento Médico Dentário, conservador. Não existe um tratamento específico, cada indivíduo deve ser avaliado e tratado individualmente, podendo utilizar-se um tratamento de natureza comportamental, Médico Dentário, farmacológico e/ ou fisioterapêutico (Pereira et al., 2006; Rodrigues et al., 2006; Silva & Cantissano, 2009). O Bruxismo é uma Parafunção Multifatorial, e o Profissional de Saúde deve avaliar qual a etiologia precisa, para determinar o tratamento mais indicado, pois o plano de tratamento deve atender especificamente aos seguintes objetivos: a) reduzir a tensão física e psicológica; b) tratamentos dos sinais e sintomas; c) minimizar as interferências oclusais (Alóe et al., 2003; Behr et al., 2012). O importante no tratamento do Bruxismo parece ser a abordagem dos fatores específicos que estão envolvidos na sua etiologia de modo a configurar uma escolha adequada do tratamento, de entre as diversas modalidades terapêuticas existentes ou até mesmo uma associação polimorfa de terapêuticas adequadas (Behr et al., 2012; Lavigne et al., 2008; Primo et al., 2009).

Neste sentido ao considerarmos as várias possibilidades etiológicas do Bruxismo, o tratamento deverá seguramente contemplar a atuação de outros grupos profissionais para além do Médico Dentista.

Para o tratamento do Bruxismo podemos recorrer à Fisioterapia, pois existem técnicas de Terapias Manuais e outras de Eletroterapia, que restabelecem as funções normais do aparelho mastigatório e eliminam os sintomas, de modo a promover um relaxamento muscular. A Termoterapia usa o calor para provocar vasodilatação, o que facilita a oxigenação dos tecidos afetados diminuindo os sintomas musculares, produzindo um efeito sedativo sobre os nervos motores. As Terapias de Relaxamento ajudam na eliminação dos produtos metabólicos que sensibilizam os nociceptores e em consequência disso há diminuição da dor. A Estimulação Electoneuraltranscutânea, gera impulsos elétricos rítmicos criando contrações involuntárias rítmicas levando também

ao relaxamento. Hoje, em dia, o uso de terapias complementares também deve ser considerada, como a Hipnose, Terapias Florais e Métodos Fitoterapêuticos, que ajudam no controlo da ansiedade. A Acupuntura também consegue reduzir a ação da atividade dos músculos mastigatórios a ainda tem ação analgésica local e central, anti-inflamatória e ansiolítica. (Gama et al., 2013; Primo et al., 2009).

Na área da Medicina Dentária, a forma mais comum de tratamento é o uso de goteiras que proporcionam ao paciente mais conforto através do equilíbrio oclusal, fundamental para o relaxamento dos músculos, para a prevenção da carga sobre a ATM, e para a prevenção do desgaste dentário (Primo et al., 2009), apesar disto é importante salientar que num estudo recente realizado por Reichardt, Miyakawa, Otsuka e Sato (2013) conclui-se que o efeito real da terapia com goteiras ainda não é completamente transparente ao nível dos seus efeitos, e a sua utilização parece ser ainda muito controversa, embora seja ainda o método mais utilizado pelos Médicos Dentistas para o tratamento do Bruxismo. As goteiras também podem ter um efeito paliativo, quando outros fatores para além dos oclusais estão envolvidos. O desgaste dentário provocado pelo Bruxismo, leva a alterações da estética dentária, e o Médico Dentista pode atuar no sentido de promover a reabilitação oral do paciente (Primo et al., 2009).

Numa revisão bibliográfica realizada por Rangel e colaboradores (2011), sobre o uso da terapia farmacológica no tratamento do Bruxismo, concluíram que a medicação deve ser prescrita por Médicos com acentuados conhecimentos dos mecanismos de ação dos fármacos e sempre a partir de um diagnóstico bem delineado. Entre a panóplia de fármacos mais usados podemos encontrar os analgésicos, os ansiolíticos, os relaxantes musculares, os antidepressivos tricíclicos e os corticoides.

A Terapia da Fala pode contribuir para o tratamento do Bruxismo, favorecendo sobretudo o relaxamento dos músculos envolvidos nas consequências do Bruxismo, e melhorando o padrão mastigatório das pessoas que realizam este hábito, embora o mesmo seja estudado por muitas outras áreas, não há como travar os seus efeitos nocivos, sendo apenas possível minimiza-los (Almeida et al., 2011). Num estudo realizado por Terapeutas da fala, que teve como objetivo comparar a mastigação de indivíduos Bruxistas com indivíduos “normais”, foi possível concluir que os indivíduos Bruxistas podem apresentar mastigação unilateral, o que conduz a uma sobrecarga desigual na ATM, e neste caso específico o Terapeuta da Fala tem uma intervenção

primordial quer no processo de consciencialização sobre os prejuízos do Bruxismo no sistema estomatognático, como também no relaxamento dos músculos mastigatórios (Soares et al., 2004). No entanto, até ao momento a Terapia da Fala, não realiza rotineiramente avaliações que considerem todos os aspetos que devem ser investigados nos indivíduos Bruxistas (Almeida et al., 2011; Soares et al., 2004)

O tratamento no âmbito comportamental inclui medidas para a melhoria da qualidade do sono, *Biofeedback*, Técnicas de Relaxamento, Hipnoterapia e Técnicas de Controlo das Emoções (Alóe et al., 2003). Como já foi referido anteriormente, o tratamento do Bruxismo deve ser perspectivado na pluralidade de fatores etiológicos e quando estes envolvem fatores determinantes psicológicos, como o fatores de *stress*, ansiedade e depressão é importante ter em consideração os estudos efetuados no campo da psicologia que aponta o *stress* e a ansiedade como fatores desencadeadores ou perpetuadores do Bruxismo. As pesquisas atuais têm demonstrado que os fatores psicológicos não são os principais determinantes mas agravam e perpetuam notoriamente o Bruxismo. O tratamento psicológico consiste em diminuir e controlar o *stress* psicológico do paciente através de técnicas de relaxamento e terapia comportamental baseada na higiene do sono, que tem por objetivo a correlação de hábitos pessoais e fatores ambientais que interferem na qualidade do sono, apesar disto, nenhum desses tratamentos é baseado ainda em fortes evidências (Gama et al., 2013).

1.2 Determinantes Psicossociais do Bruxismo

O conceito de *stress*, foi descrito pela primeira vez por Hans Selye em 1936, e desde então foram publicados inúmeros trabalhos sobre esta temática na literatura científica. Este autor descreve o *stress*, como uma resposta generalizada do organismo às exigências ambientais vivenciadas. É um mecanismo fisiológico que prepara o organismo para reagir face a essas exigências. Assim nem toda a vivência de *stress* é prejudicial, contudo, num nível moderado pode ter uma função protetora e adaptativa, mas num nível mais elevado pode levar a alterações patológicas que podem inclusive levar à morte. As influências ou agentes ambientais que produzem *stress* são denominadas de fatores stressantes, mas um mesmo fenómeno pode desencadear *stress* num indivíduo e não no outro, além disso o *stress* pode advir de experiências positivas ou negativas. Existem fatores que podem influenciar a resposta ao *stress*, como as características individuais, o ambiente Biopsicossocial no qual o indivíduo vive, o

amparo social que dispõe, o seu *status* económico e o seu *background* cultural. As características individuais que influenciam as estratégias para lidar com o *stress-coping*, são em parte físicas e psicológicas. É importante também ressaltar as diferenças ao nível do sujeito e principalmente ao nível da resposta somática dos indivíduos (Helman, 1994).

O conceito de *coping* é definido como um conjunto de esforços cognitivos, emocionais e comportamentais utilizados para lidar com as exigências (internas e externas), nomeadamente, com os fatores stressantes mais relevantes (como a Doença), sendo estes esforços avaliados como excedendo os recursos pessoais que podem fazer face aos estímulos stressores (Savóia, 1999). O *coping* é também um constructo frequentemente utilizado para relatar as diferenças individuais manifestadas em resposta ao *stress*, diferenciando-se em estratégias direcionadas para a resolução do problema e em estratégias de *coping* direcionadas para as emoções, permitindo, neste registo a diminuição e/ou o manuseamento do desconforto emocional associado à situação (Lazarus & Folkman, 1984). O *coping* é, portanto uma resposta que tem como objetivo aumentar, criar ou manter a perceção de controlo pessoal, podendo este ser vivenciado como ilusório para o indivíduo. Assim a tendência para escolher uma determinada estratégia de *coping* dependerá do repertório individual e das experiências tipicamente reforçadas (Savóia, 1999).

Segundo Servan-Schreiber, Perlstein, Cohen e Mintun (1998) a fisiologia do *stress* é como um *Cérebro emocional*, tendo uma estrutura completamente separada do néo-córtex e funcionando de modo independente. Este “*cérebro emocional*” está localizado no sistema límbico, portanto na parte central do encéfalo, e é composto por três elementos anatómicos: hipocampo, o cíngulo, e a amígdala. O “*cérebro emocional*” controla as emoções e as reações vitais. Os Transtornos patológicos de *stress* resultam de distúrbios funcionais do “*cérebro emocional*”, que na maioria das vezes são uma consequência de traumas vividos a nível familiar ou profissional, e os efeitos de suprimir emoções e atividades motoras causam transtornos neuromusculares no organismo.

De um modo geral o Bruxismo é considerado uma disfunção Psicossomática Multifatorial, causada quer pela oclusão anormal como também por fatores psicológicos (Serralta & Freitas, 2002). O Bruxismo diurno e noturno foi tratado durante muito

tempo como a mesma entidade nosológica. No entanto, o Bruxismo diurno, ou seja, quando o paciente está acordado é “aparentemente” afetado por fatores psicológicos como a ansiedade, o *stress*, e a depressão. No Bruxismo ligado aos períodos de sono os fatores psicológicos “aparentemente” parecem não estar diretamente relacionados, porque nos estudos em que foram usados eletromiogramas para monitorizarem a atividade muscular durante o sono, não se destaca uma relação entre o *stress* que o indivíduo experimenta durante o dia com a sua maior atividade de Bruxismo durante a noite (Manfredini & Lobbezoo, 2009; Scheider et al., 2007; Mieszko et al., 2014).

Os fatores psicológicos envolvidos no Bruxismo podem ser de natureza comportamental, emocional e cognitiva. No que se refere ao *stress*, é importante referir que a intensidade com que o *stress* é vivido varia de indivíduo para indivíduo, e dessa forma torna-se difícil determinar a intensidade de um determinado fator stressante, mas é notório que existe uma relação muito estreita entre a tensão vivida pelo indivíduo e o Bruxismo. Uma das respostas ao *stress* é sem dúvida a ansiedade, que pode ter manifestações diversas em termos de humor, como o pânico, a apreensão, a depressão e a agressividade. Estes indivíduos geralmente mostram um comportamento inquieto e impaciente, daí que seja fundamental o Médico Dentista estar atento, durante a consulta, às expressões do paciente, de modo a conseguir encaminhar o paciente para outras especialidades Multidisciplinares caso se justifique clinicamente (Cestari & Camparis, 2002). Molina, Sobreira, Tavares, Dib e Anquilino (2006), num estudo que pretendeu avaliar o nível de ansiedade em pacientes com Bruxismo, concluíram que os níveis de ansiedade tendem a aumentar quanto mais severo é o padrão de Bruxismo nos indivíduos. O mesmo resultado foi corroborado por um estudo de Gungormus e Erciyas (2009), onde os resultados denotam existência de uma associação entre a evidência clínica de Bruxismo e altos níveis de ansiedade e/ ou depressão.

Outros estudos revelam que os indivíduos Bruxistas apresentam uma personalidade com traços mais agressivos, ansiosos e tensos, em comparação com indivíduos não-Bruxistas, devido ao facto de existirem emoções negativas reprimidas em determinados períodos da vida. Os indivíduos Bruxistas tendem a dirigir a agressividade para si próprios, e têm necessidade de mais mecanismos de controlo de tensão e de raiva (Rodrigues, 2005; Serralta & Freitas, 2002). Nesta linha de registo, foi realizado, um estudo que pretendeu mensurar a prevalência de Bruxismo e do *stress* em polícias militares e uma possível associação entre determinantes. Os resultados demonstraram

que a vivência do *stress* estava associado à presença de Bruxismo (Carvalho, Carvalho, Lucena, Coelho & Araújo, 2008). Por outro lado, num estudo que pretendeu verificar a ocorrência do Bruxismo e distúrbios de sono em deficientes visuais, conclui-se que em indivíduos com história de deficiência visual congénita, o Bruxismo foi mais frequente que em indivíduos com deficiência visual adquirida. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao género (Silva, Lacerda, Ferreira & Figueiroa, 2013).

1.2.1 O Bruxismo como uma *Linguagem Oculta do Corpo*

No livro de Mercadier (2002), intitulado, *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar- O Corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-Doente*, podemos encontrar uma teoria descrita sobre as formas simbólicas de Cassierer, onde a prática Médica é configurada cultural e ideologicamente, representando um modo de compreender o Corpo-Doente e de intervir sobre o mesmo. A Medicina clínica constrói a Pessoa como Doente ou cadáver, quer isto dizer que, a Doença é uma entidade Biológica ou Psicofisiológica, e neste sentido, o Corpo-Doente transforma-se num mero caso clínico, e a Doença biológica universal, acaba por transcender o contexto social e cultural. A Doença manifesta-se através de sinais e sintomas mensuráveis que são confirmados pelos meios complementares de diagnóstico, cuja interpretação permite ao Médico estabelecer um diagnóstico, classificar a Doença e prescrever o tratamento adequado (Dias, 2005a). Aprender a olhar o corpo enquanto Biomédico implica ver células ao microscópio, interpretar exames imagiológicos e laboratoriais. Contudo aprender a olhar o corpo para além desta perspetiva é também aprender a pensar de modo diferente, ver o indivíduo em termos sociais tendo em conta toda a sua história, tudo o que se relaciona com a sua vida, e com o seu ambiente em que se insere. Na história de um indivíduo estão contidas todas as suas perturbações fisiológicas do passado e do presente, porém na maioria das vezes só os antecedentes clínicos apresentam interesse e o futuro resume-se a um projeto Médico de racionalidade. Olhar o Corpo-Doente em termos médicos, não deixa por vezes qualquer lugar à dimensão afetiva, que domina a visão antropológica (Mercadier, 2002).

Para a maioria dos membros de todas as sociedades, o Corpo humano é muito mais que um organismo físico que oscila entre a Saúde a Doença. É um conjunto de crenças sobre o seu significado social e psicológico, a sua estrutura e funcionamento. A

expressão “imagem do corpo” é usada como forma de descrever as formas com que o indivíduo conceitua e experiencia o próprio corpo, consciente ou inconscientemente, englobando as atitudes coletivas, sentimentos, e as fantasias sobre o corpo e também a maneira pela qual a pessoa aprendeu a organizar e integrar as suas experiências Corporais. A imagem corporal vai sendo adquirida pelo indivíduo como parte do seu processo de crescimento numa família e sociedade, embora existam imagens corporais variadas dentro de uma sociedade. A estrutura interna do Corpo é uma questão que sofre muitas especulações, porque implica o conhecimento da anatomia e fisiologia, mas não é só a isto que nos referimos quando falamos de estrutura interna, é também importante porque influência a percepção e a apresentação das queixas das pessoas, tal como a resposta que vão dar ao tratamento Médico instituído (Helman, 1994; Goff, 1985; Mercandier, 2002).

O sistema propriocetivo, que se encontra instalado e operacional desde o nascimento, fornece ao bebé, uma vasta gama de informações, com origem em recetores específicos localizados nos mais diversos pontos do corpo. As informações obtidas de percepção ecológica e de propriocepção somática são memorizadas, o que permite ao indivíduo representar o seu corpo de diversas maneiras. O esquema corporal é uma delas, mas a imagem do corpo é que se constitui como a síntese viva das nossas experiências emocionais vividas no contexto das relações interpessoais. O esquema corporal é em parte inconsciente mas também pré-consciente, enquanto a imagem corporal é eminentemente inconsciente podendo tornar-se pré-consciente (Andrieu, 2004; Giorgan, 1999).

Muitos estudos têm sido desenvolvidos sobre as concepções leigas acerca do que existe no interior do corpo e podem variar de acordo com determinados estados físicos, psicológicos e também de acordo com a idade. O funcionamento saudável de um organismo depende de um equilíbrio harmonioso entre forças externas, como a alimentação, o meio ambiente ou até mesmo agentes sobrenaturais, mas também de forças internas como as fraquezas herdadas ou estados de espírito do indivíduo. O Organismo vivo continua a ser visto como uma “máquina”, pois é ainda fácil encontrar exemplos destas concepções leigas até mesmo na prática Médica: “O seu coração não está a funcionar muito bem”, “ Você teve um esgotamento nervoso, precisa de recarregar baterias”, estes são apenas alguns exemplos, mas a verdade é que continuamos a aliar a imagem do corpo a uma máquina ou a um computador, portanto

uma Doença mental ou um comportamento desviante são concebidos como uma eventual reorganização do sistema. Esta imagem simplista do comportamento e pensamento humanos tem, por isso, implicações sociais deveras importantes (Helman, 1994).

Existem muitos contrastes nas diferentes abordagens de uma consulta, sendo fundamental ao Médico Dentista reconhecer e compreender as queixas do paciente, não apenas em termos de Doença, mas também em termos de conflitos e problemas pessoais. É fundamental utilizar esta compreensão para produzir efeitos terapêuticos consensuais. Por estas razões, o trabalho terapêutico deve centrar-se em aspetos que nos podem parecer pouco importantes ou de interesse secundário aos problemas de saúde do paciente. As perguntas que habitualmente o Médico Dentista faz são centradas na Doença, mas é importante procurar a causa da Doença na relação que o paciente tem com o ambiente que o rodeia. O Médico deve refletir em silêncio sobre as suas observações e o respetivo significado que lhes atribui, e em seguida intervir com um comentário ou linha de pensamento, no entanto, este comentário só pode ser útil se o Médico e o paciente trabalham ambos numa tarefa comum. É importante fazer uma ressalva, no que se relaciona com o respeito que o Médico Dentista deve ter quando o Doente quer guardar e não revelar algum aspeto da sua vida, de facto, é fundamental ter respeito pela privacidade do Doente, o Médico Dentista deve dar ao paciente a oportunidade de comunicar em cumplicidade clínica. Ao aderir a estes princípios acontece um contacto íntimo e intenso por vezes entre o Médico e o paciente. Este contacto conduz a um *flash* da compreensão, e se significativo pode expor a ponta do *iceberg*, ajudando gradualmente o Médico Dentista e o paciente a descobrir o que se pode fazer melhor para diminuir as causas da sua Doença (Balint & Norell, 1995). Cada indivíduo é uma peça única, e na realidade em cada indivíduo a complexidade está presente, daí ser fundamental integrar um tratamento único e individual para cada indivíduo que sofra de Bruxismo (Giordan, 1999). Na nossa sociedade, o corpo tende a tornar-se uma matéria-prima a modelar segundo o ambiente do momento, o corpo já não é uma versão irreduzível de si, mas uma construção pessoal, um objeto transitório e manipulável suscetível de variadas metamorfoses segundo os desejos do indivíduo (Breton, 2004).

A comunicação é a base fundamental das relações interpessoais, podendo ser verbal ou não verbal. A linguagem verbal ou psicolinguística refere-se a palavras escritas ou

faladas, enquanto a não-verbal ou psicobiológica, está associada ao silêncio, à entoação, à velocidade das palavras, ao timbre de voz, toque, espaço pessoal, território físico, posição e distância corporal, aos gestos, expressões faciais e posturas corporais (Cinésia). É característico do ser humano comunicar entre si através das palavras, e preferencialmente perto, e face a face, mais que isso, preferem fazê-lo em determinadas condições de tempo e lugar, num ambiente ora tranquilo ora estimulante. É fácil constatar que a função comunicativa se faz através de uma infinidade de sinais, uns emitidos pelo corpo outros inseridos em diferentes contextos, que se tornam significantes quando inseridos na interação humana. Durante um diálogo a interação verbal é acompanhada de uma troca de mensagens não-verbais de natureza diversa. De grande importância na comunicação interpessoal, e socialmente muito valorizados, encontram-se os códigos apresentativos, constituídos por sinais visuais que têm o corpo por suporte. Seja qual for o modo de comunicação, ela está sempre presente no dia-a-dia do indivíduo, vinculando conteúdos conscientes e inconscientes, cujo significado tem um vínculo com o contexto em que ocorre (Ramos & Bortagarai, 2012; Silva, 2010; Singh, 2012).

A comunicação através da linguagem corporal faz-se através de múltiplos indícios e de símbolos, embora não sejam raros os exemplos de uma ou outra categoria, que pelo uso transformam-se em sinais. Entre estas três categorias não existem fronteiras, podendo uma mesma expressão corporal ter o valor de indícios, de símbolos ou de sinais. Por outro lado, um ato de comunicação é construído a partir de múltiplos sinais (linguísticos, corporais e de contexto) integrados num sistema de comunicação único. Por indícios entende-se a postura corporal (cinésia), movimentos reflexos, gestos espontâneos e expressão facial, que revelam quase sempre os estados emocionais. Pertencem à categoria de símbolos os comportamentos miméticos e os gestos descritivos que podem ser interpretados com base na sua relação analógica com a realidade representada. Os sinais comunicam mesmo que não haja intenção de enviar uma mensagem. Muitos dos comportamentos comunicativos não-verbais, quer sejam cinéticos, tácteis, olfativos e proxémicos enquadram-se numa grande variedade de expressões que o corpo humano exhibe num contexto independentemente da intenção do indivíduo (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti & Silva, 2000; Singh, 2012).

A comunicação não-verbal é usada de forma eficaz para comunicar ideias e intenções. A linguagem corporal é uma forma de comunicação que consiste na postura

Corporal, nos gestos, nas expressões faciais e nos movimentos dos olhos. Os seres humanos enviam e interpretam esses sinais quase inteiramente de forma inconsciente. A linguagem corporal pode dar pistas sobre a atitude ou estado de espírito de uma pessoa, por exemplo, pode indicar-nos agressão, atenção, tédio, relaxamento, prazer, diversão entre outras sugestões (Singh, 2012). É ainda importante referir que os sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos. Em caso de conflito entre a mensagem verbal e a comunicação não-verbal, é a mensagem não-verbal que prevalece (Ramos & Bortagarai, 2012).

A linguagem corporal é uma forma complexa de interação interpessoal, da qual temos pouca consciência, ocorrendo muitas vezes à margem do nosso controlo. Manifesta-se de forma natural, intuitiva e de modo contínuo, no entanto, é influenciada pelo contexto, e pelas diferentes culturas. (Silva et al., 2000). A linguagem corporal expõe os nossos sentimentos interiores, e todo o nosso corpo envolve-se na comunicação interpessoal, além disso, também nos ajuda num processo de auto-conhecimento. As questões que colocamos a nós mesmo, fazem de nós pessoas mais ou menos bem-sucedidas. É um meio de interação que temos com a sociedade, sendo o espelho do nosso desenvolvimento da personalidade. Nesse sentido, a linguagem corporal é fundamental para o desenvolvimento de um comportamento adaptativo social e de comunicação não-verbal (Singh, 2012). Interpretar a linguagem corporal é de extrema complexidade daí que seja importante esclarecer algumas definições, como a interação e a interpretação. A interação é um intercâmbio consciente ou inconsciente, de sinais comportamentais do arsenal dos sistemas somáticos e extrasomáticos, tal como do sistema cultural de cada indivíduo e do ambiente que o envolve. Todos funcionam como componentes emissores de sinais, e a interpretação da mensagem através dos sistemas comunicativos de cada um é fundamental para interpretar a mensagem. O sistema somático é de complicado funcionamento, e muitas vezes a interpretação oral de como as mensagens se completam é muitas vezes apenas por sinais não-verbais que devemos entender (Poyatos, 2012; Ramos & Bortagarai, 2012).

A linguagem corporal ajuda o ser humano na expressão dos seus sentimentos e pensamentos, revelando também a coerência entre a intenção e o discurso. Pode dizer-se que a comunicação não-verbal complementa, contradiz, demonstra sentimentos e pode substituir a linguagem verbal (Henry, Fuhrel-Forbis, Rogers & Eggly, 2012; Roberts &

Bucksey, 2007; Silva, 2010). Muitos dos comportamentos comunicativos são determinados por processos neurofisiológicos e pela necessidade de equilíbrio do organismo, e são chamados de adaptativos, estão associados a uma necessidade, isto é, não obedecem à vontade do consciente. Estas manifestações do corpo são entendidas como sinais reveladores de disposições internas do corpo, não são orgânicas, mas sim psicológicas (Silva, 2010). A linguagem não-verbal é o reflexo do estado emocional do indivíduo e portanto subjetiva, tal como os sentimentos. Pelo facto de a sociedade considerar alguns sentimentos como negativos, o indivíduo não verbaliza a sua tristeza, raiva, vergonha, medo, mas expressa de modo não-verbal e geralmente inconsciente, através de gestos, postura corporal, tom de voz e postura corporal. Assim, é fundamental que o Médico Dentista esteja atento ao expressar dos sinais não-verbais por parte do paciente, de modo a conseguir fazer um acompanhamento eficaz do paciente e encaminhamento para outras especialidades, consoante as necessidades do paciente (Araújo, Silva & Puggina, 2007; Roberts & Bucksey, 2007).

Os Profissionais de Saúde consideram importante ter conhecimentos acerca da comunicação não-verbal, porque sem esta percepção emocional, os problemas do dia-a-dia e a rotina podem fazer com que estes profissionais toquem sem sentir, olhem sem ver, e escutem sem ouvir (Henry et al., 2012; Silva, 2010). Entre os aspetos mais relevantes encontram-se o uso do espaço (proxémia), o movimento nesse espaço (cinésia) e a utilização do toque (taxémica). Em vários estudos efetuados ficou evidente a importância da comunicação não-verbal na percepção dos sentimentos do indivíduo, tendo um papel fundamental para os prestadores de cuidados de saúde, inclusivamente o Médico Dentista. Portanto adquirir competências em comunicação não-verbal é uma habilidade fundamental a ser adquirida, a qual possibilita uma melhoria dos cuidados de saúde prestados, sobretudo para os profissionais em que as suas competências profissionais estão relacionadas com o corpo e o movimento. Uma vez que a comunicação incide sobre a qualidade da assistência prestada ao sujeito, para que uma comunicação satisfatória seja alcançada é importante que o Profissional de Saúde consiga envolver-se e acredite que a sua presença é tão importante quanto os procedimentos técnicos que possa realizar. Isto é fundamental para cativar o paciente a aderir aos tratamentos preconizados pelo Médico Dentista, no tratamento do Bruxismo. Por tanto deve assumir uma visão de saúde mais holística, na qual não há uma separação entre o corpo e a mente. A promoção de uma assistência holística que

envolva as necessidades Biopsicossociais, devem passar por um processo comunicativo eficaz entre Profissional de Saúde-Paciente (Ramos & Bortagarai, 2012; Roberts & Bucksey, 2007).

A avaliação que fazemos do funcionamento do corpo e da sua personalidade está intimamente relacionada com a apreciação que fazemos da linguagem não-verbal. O corpo é uma forma de demonstrar o temperamento de um indivíduo, é sem dúvida a sua linguagem oculta. Não podemos dissociar o corpo da mente, é fundamental dar atenção à queixa clínica, mas também às síndromes psicológicas de expressão predominantemente somática. Perturbações de ansiedade, de humor ou até mesmo algumas perturbações psicóticas encontram na linguagem corporal o veículo privilegiado da sua expressão. É como se o corpo fosse uma máscara e não o próprio processo e resultado da Doença. Há muito de físico numa perturbação mental, daí que seja muito importante depurar a queixa psicológica da sua expressão corporal, quer isto dizer que é importante esvaziar o sentido existencial do ato clínico. É fácil constatar que o sofrimento psicológico tem muitas expressões diferentes, em alguns casos o sofrimento traduz-se no corpo (Gonçalves & Saraiva, 1999). Neste registo, o estado físico e o estado mental de qualquer indivíduo, funcionam de modo harmonioso, apesar disso, a qualquer momento pode surgir uma inconsonância, ou até assumir uma harmonia diferente na Doença, é importante perceber que estes dois estados são indissociáveis, como nas faces de uma moeda ou as páginas de uma folha, seja nos caminhos da Doença ou da Saúde. É absurdo separar estes dois estados, já que o estado mental tem repercussões sobre o físico (Bech, 2011; Milheiro, 2001).

1.3 Formulação da Problemática do Estudo

Como referido anteriormente o Bruxismo assenta numa atividade involuntária dos dentes da mandíbula e maxila. Tratando-se de um Hábito Parafuncional, que tem como consequência o apertamento, fricção ou atrito, sem finalidade funcional (Behr et al., 2012; Gama et al., 2013; Johanns et al., 2011; Silva & Cantisano, 2009), sendo considerado uma expressão do equilíbrio Biopsicossocial (Seger, 2002). No campo da génese do Bruxismo parecem ainda existir muitas lacunas empíricas na medida em que este campo analítico mantêm-se algo obscuro. Os fatores Psicossociais, os distúrbios do sono, o uso crónico de drogas de ação central, os distúrbios oclusais, e os distúrbios na via neuronal dopaminérgica podem estar associados à etiologia do Bruxismo, daí que

não seja possível estabelecer um tratamento pré-definido para estes pacientes, embora tenham sido sugeridas várias modalidades terapêuticas. Embora o uso de goteiras e fármacos seja aplicado, na Abordagem Terapêutica ao Bruxismo a consciencialização do Doente acerca do seu problema parece ser uma das ferramentas terapêuticas mais relevantes, na medida que indivíduos ansiosos, deprimidos, emocionalmente stressados, com baixa autoestima parecem estar mais predispostos a desenvolver a problemática do Bruxismo, em comparação com indivíduos emocionalmente estáveis (Pereira et al., 2006; Rodrigues et al., 2006).

A discussão da problemática do presente estudo assenta na percepção que o Profissional de Saúde tem sobre o Bruxismo, que é considerado uma disfunção Psicossomática Multifatorial, causada por fatores Biopsicossociais (Serralta & Freitas, 2002). É necessário ter atenção ao contexto sociocultural do indivíduo, de modo a criar uma nova filosofia na percepção da Problemática do Bruxismo por parte das Profissionais de Saúde. A associação do estilo de vida à saúde das pessoas é relativamente recente e corresponde à mudança do padrão de prevalência das Doenças físicas e psicológicas. Ao considerarmos os fatores sociais do Bruxismo surge em primeiro plano o *stress* e a ansiedade. Uma situação que gera *stress* ao indivíduo coloca em ação mecanismos adaptativos que resultam numa maior ou menor capacidade de adaptação. Voltar a uma situação de equilíbrio implica que o indivíduo seja capaz de se confrontar com a situação que provocou uma crise de modo a superá-la, ou seja, que apresente capacidades de *coping*. No entanto, isto nem sempre acontece levando o indivíduo a descarregar as suas tensões de modo parafuncional como é o caso do Bruxismo (Abekura, Gavish, Voikovitch, Emodi-Perlman, 2011; Ahlberg et al., 2003; Paúl & Fonseca, 2001).

O *stress* vivido pelos indivíduos da nossa sociedade tem repercussões quer a nível psicológico como físico, há quem considere que o *stress* não é propriamente um conceito científico, mas antes um produto do discurso sobre a Doença e o mundo social, nesse sentido o *stress* poderia ser considerado uma representação social que organiza o conhecimento científico para tornar a Doença algo de sensível no mundo social, de qualquer modo o *stress* ganha sentido na medida que sustenta a ideia de que os indivíduos devem conseguir lidar com agentes indutores de stress, e quando isto não acontece pode ter repercussões a nível físico, no descarregar das tensões vividas, sendo

o Bruxismo uma possível forma de escape a essas mesmas tensões (Alóe et al., 2003; Henry et al., 2012; Paúl & Fonseca, 2001).

A Abordagem Terapêutica ao paciente Bruxista, deve ser assumida no sentido da globalização dos cuidados, ou seja, o Bruxismo não deve ser tratado de forma isolada. É fundamental que o Médico Dentista esteja atento desde o início aos fatores psicológicos, emocionais e sociais do paciente, porque muitos sintomas orgânicos têm uma componente emocional de base. Desta forma deverá distinguir-se o grau de comprometimento psicológico na disfunção apresentada, e o quanto esta poderá estar a interferir nesta Parafunção, para que deste modo se possa indicar se há necessidade de encaminhamento do paciente, para outros grupos profissionais. Neste âmbito o Médico Dentista deverá olhar para o paciente Bruxista como um todo, não se restringindo à cavidade oral, (Cestari & Camparis, 2002). Os dados da história clínica somados às queixas do paciente durante a consulta, podem sugerir ao Médico Dentista processos patológicos da sua área de competência ou fora dela, podendo ser necessário o encaminhamento para outros grupos profissionais como por exemplo o Psicólogo, o Fisioterapeuta, o Terapeuta da Fala, entre outros grupos profissionais, caso seja justificado pela necessidade intrínseca da Pessoa-Doente. Remontar este “quebra-cabeças” associado à problemática do Bruxismo significa procurar o “elo perdido” na fragmentação do Ser Humano, promovendo uma abordagem holística do mesmo. Saber ouvir os dados da anamnese, juntar os fragmentos da história de vida relatados e os sintomas mencionados, é o caminho que conduz o paciente para o diagnóstico e tratamento, desde que feitos de forma consciente e precoce (Carvalho, 2004). Assim decididamente a Abordagem Terapêutica ao paciente Bruxista deverá implicar a intervenção de equipas Multidisciplinares, constituídas por Médicos Dentistas, Neurologistas, Psiquiatras, Psicólogos, Fisioterapeutas, Técnicos de Prótese Dentária e Terapeutas da Fala.

Considera-se a problemática do estudo como a abordagem ou a perspetiva teórica relacionada com a pergunta de partida (Quivy & Campenhoudt, 2013). No presente estudo a pergunta de partida formulada foi a seguinte: “Será que os Profissionais de Saúde, Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala, têm uma Perceção Biopsicossocial quando efetuam uma abordagem diagnóstica e terapêutica ao Paciente Bruxista?”. No âmbito do contexto desta problemática, as hipóteses formuladas para o estudo assentam em duas questões: Será que os Profissionais de Saúde têm

conhecimentos teórico-práticos sobre a etiologia Biopsicossocial do Bruxismo, e sabem como fazer um diagnóstico no contexto Biopsicossocial?, e Será que os Profissionais de Saúde fazem um enquadramento Biopsicossocial na sua abordagem terapêutica do paciente Bruxista?

1.4 Relevância Empírica da Temática Escolhida

Com base nas considerações referidas no âmbito da problemática, é importante dar relevância à temática escolhida. Nesta linha de pensamento é indiscutível a importância do correto diagnóstico e do tratamento Multidisciplinar do Bruxismo.

O Médico Dentista deve ter uma atitude aberta quanto à Percepção Biopsicossocial do Paciente Bruxista, quer para a realização de um assertivo diagnóstico como para a possibilidade de uma abordagem Multiprofissional do tratamento destes indivíduos. Como referido anteriormente o diagnóstico do paciente Bruxista pode ser complexo, devido à multiplicidade de fatores etiológicos envolvidos nesta problemática (Rodrigues et al., 2006). Não nos podemos esquecer da influência dos fatores emocionais e psíquicos sobre o organismo que poderão ter reflexões a nível da cavidade oral, e que deixam de estar em equilíbrio com os elementos que compõem a harmonia da cavidade oral. É importante que o Profissional de Saúde se preocupe em tratar o paciente como um Ser Humano integral e não somente a Doença que se manifesta na sua cavidade oral, do mesmo modo que também deve ajudar o indivíduo a perceber os verdadeiros motivos que o levam ao Bruxismo. As pessoas somatizam muito determinadas situações, no entanto, o que causa a psicossomatização não é o acontecimento em si, mas sim a consciência que o facto trás para a pessoa. O que determina o grau de neurose é a forma como cada um encara ou lida com os problemas. O grau de recuperação e reparação do organismo aumenta quando o indivíduo consciencializa os seus problemas emocionais, resultando num melhor prognóstico, sendo um método eficaz na prevenção e tratamento de Doenças orais, onde se inclui o Bruxismo (Sgrinelli & Coelho, 1998).

Segundo os investigadores, os fatores cognitivo- comportamentais dos indivíduos que são afetados pela problemática do Bruxismo, estão a ter maior prevalência clínica em comparação com os fatores dentários (Almeida et al., 2011; Gama et al., 2013; Rangel et al., 2011; Rodrigues et al., 2006), daí que seja mandatário que os Profissionais que lidam com estes pacientes estejam despidos para a necessidade de uma atuação Multiprofissional.

Atualmente pode dizer-se que o Bruxismo é um distúrbio Multifatorial em que uma oclusão anormal, *stress* crônico, e desordens mentais são responsáveis por esta condição. Há uma tendência cada vez maior para ocorrerem Hábitos Parafuncionais na nossa sociedade. O tratamento Multidisciplinar deve envolver especialistas como um Médico Dentista, Psiquiatra, Neurologista, Psicólogo, Fisioterapeuta e um Técnico de Prótese Dentária (Mieszko et al., 2014). Segundo Garcia e colaboradores (2014), o Bruxismo é de origem Multifatorial e entre os fatores mais relevantes estão os psíquicos e os psicossomáticos, e tendo em conta as múltiplas consequências clínicas que provoca, em termos de dor, desgaste dentário e osteomioarticular, é considerado um dos transtornos orofaciais mais complexos e de difícil tratamento e prognóstico reservado.

Não nos podemos esquecer a importância da comunicação entre o Profissional de Saúde e o paciente, daí que competências como: o saber observar, o ouvir e informar sejam nos dias de hoje, consideradas componentes fundamentais na educação dos Profissionais de Saúde (Carvalho et al., 2010). A importância de uma correta Abordagem Terapêutica nestes pacientes relaciona-se com a prioridade em diminuir os sintomas relacionados com esta problemática. Os comportamentos que levam ao Bruxismo têm que ser identificados para que se possa orientar o paciente quanto aos métodos de controlo do impulso. No fundo, o objetivo é reabilitar a função oral sem nunca esquecer a razão que leva ao Bruxismo. O padrão comportamental inadequado de desgaste dentário destes indivíduos pode ser o resultado de fatores emocionais, daí que seja necessário diminuir a ansiedade gerada por determinados fatores, extrínsecos e intrínsecos ao indivíduo, e ensinando-o a lidar com esses mesmos fatores, de modo a criar alternativas para evitar as repercussões que o Bruxismo induz ao nível da cavidade oral. É importante que os pensamentos disfuncionais sejam caracterizados para que o código percetivo, subjetivo e comportamental seja decifrado, ou seja, que fique claro como pensa, sente e age no dia-a-dia. Pode-se inferir que há interfaces importantes entre a sociedade e o modo como o indivíduo lida com os padrões de exigência da atual sociedade, podendo o Bruxismo ser uma forma de escape a essa exigência. É importante que o Profissional de Saúde ajude o paciente no desenvolvimento da perceção do seu Eu interior no contexto em que está inserido, sendo por vezes necessário o encaminhamento para um Profissional de Saúde mental (Veras, 2010).

Após esta reflexão analítica sobre a relevância da temática escolhida é fundamental salientar que através de uma Abordagem Terapêutica Multiprofissional poderemos

alcançar uma abordagem dinâmica com o intuito de prestar os melhores cuidados a pacientes Bruxistas, mas para isso é fundamental que os Profissionais de Saúde tenham percepção desta problemática, que é o Bruxismo.

II- MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Sobre o Objeto de Pesquisa

O Bruxismo caracteriza-se como uma atividade parafuncional de apertar ou ranger os dentes, que segundo vários autores pode surgir de modo inconsciente ou consciente, durante o período de sono ou de vigília (Bader & Lavigne, 2000; Behr et al., 2012; Gama et al., 2013; Johanns et al., 2011; Pereira et al., 2006; Silva & Cantisano, 2009). As pesquisas científicas denunciam que a forma mais prejudicial do Bruxismo parece ser o noturno, tendo a sua origem em fatores psicológicos quer a nível das emoções quer a nível oclusal (Lavigne et al., 2008; Mieszko et al., 2014). Curiosamente em 2005, o Bruxismo do Sono foi reconhecido como uma Doença e incluído no Sistema de Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (Mieszko et al., 2014).

A prevalência do Bruxismo depende do desenvolvimento das civilizações e dos atuais estilos de vida, daí que os aspetos psicológicos tenham vindo a adquirir um maior impacto ao nível da problemática do Bruxismo. O ambiente palpitante da atual sociedade em que vivemos “está infetado” de aspetos que aumentam os níveis de *stress*, tornando-o lesivo para a saúde. Nos últimos anos, o número de pacientes Bruxistas aumentou significativamente, e por esta razão os Médicos Dentistas devem estar mais alerta para esta problemática de modo que o diagnóstico seja realizado precocemente, a fim de evitar danos irreversíveis no futuro (Mieszko et al., 2014).

Os danos provocados pelo Bruxismo são múltiplos, quer a nível dentário, periodontal, muscular, articular, dores de cabeça, e efeitos comportamentais e psicológicos (Rodrigues et al., 2006). O diagnóstico do Bruxismo na maioria das vezes é feito tardiamente, porque a generalidade dos pacientes só procura ajuda quando a dor se manifesta de forma intensa (Mieszko et al., 2014). O diagnóstico deverá ser realizado de acordo com os sinais e sintomas característicos, tendo em conta a natureza Multifatorial da problemática do Bruxismo. O diagnóstico diferencial do Bruxismo deve ser efetuado no âmbito da cavidade oral mas também no âmbito Psicossocial. Torna-se por isso fundamental que o Médico Dentista compreenda que o Bruxismo não existe de forma isolada sem que esteja presente a influência de fatores psicológicos e sociais, nesta linha de entendimento para alguns autores não existe Bruxismo isolado. A componente psíquica pode conduzir a uma tendência para remissões e exacerbações do Bruxismo (Cestari & Camparis, 2002).

A etiologia do Bruxismo parece ser Multifatorial, e fatores como *stress*, transtornos mentais e anomalias de oclusão podem ser responsáveis por esta condição fisiológica. Assim, parece existir uma tendência para o desenvolvimento de Parafunções orais em sociedades mais desenvolvidas. Aspetos psicológicos relacionados com o *stress*, podem ter como causa fisiológica vários estímulos somáticos e /ou mentais. Pois quando um indivíduo está sob *stress*, desenvolvem-se reações de adaptação a esses estímulos stressores, sendo o *stress* crónico, considerado o mais destrutivo para o organismo. (Mieszko et al., 2014).

O ser humano é um ser único, e individual e é desta forma que deve ser feito o seu tratamento, tendo em conta que cada órgão e sistema é o reflexo e consequência do outro, do meio e do corpo como um todo. Se seguirmos este raciocínio podemos concluir que a cavidade oral é algo mais que um órgão mastigatório, e é antes de mais um espelho do corpo e da alma do indivíduo, e o Médico Dentista deverá ser uma peça fundamental no restabelecimento do equilíbrio da saúde na sua forma mais plena (Helman, 1994). O indivíduo deve ser visto como uma unidade psicossomática, devendo ser compreendida como um ser total, indivisível, e não dicotomizada em mente e corpo. O Ser Humano é um corpo vivo, com um conjunto de órgãos, tecidos e células, ordenadamente estruturados e dinamizados por várias funções orgânicas e psíquicas, isto é, pela vida. A Pessoa-Doente é decididamente um ser Biopsicossocial e é imprescindível que o Médico Dentista tenha isso em consideração na abordagem do paciente Bruxista (Pestana & Páscoa, 1998).

Helman (1994), no seu livro, *Cultura, Saúde e Doença*, dá um exemplo sobre a importância de olhar para a pessoa como um todo, tal facto suscitou particular interesse: Uma rapariga, de 20 anos, recorre ao médico com a sensação de “queimadura no coração”. Com base na sua história o médico prescreve-lhe um antiácido para o estômago. Ao final de uma semana esta rapariga volta ao médico com o mesmo sintoma, e admitiu que não tinha tomado o medicamento. Quando questionada sobre o porquê de não o ter tomado, argumentou dizendo, que não o fez porque como haveria o médico de saber se ela tinha “azia”, se não auscultou o seu coração? Achamos este exemplo de extrema importância para o tema deste trabalho de investigação, porque atualmente fala-se muito de olhar para o paciente como um todo, mas será que é isto que acontece na prática clínica do Médico Dentista, nomeadamente ao nível da problemática do Bruxismo?

O interesse do presente objeto de estudo prende-se com o fato de não existirem estudos consistentes, na literatura científica que objetivem estudos empíricos suportados em equipas Multidisciplinares. Assim, no presente estudo empírico, pretendemos, avaliar a Perceção Biopsicossocial de Profissionais de Saúde, por grupos Profissionais de Saúde diversificados, sobre o Bruxismo, abordando aspetos referentes à etiologia, diagnóstico, bem como intervenções terapêuticas diferenciadas. Entendemos ainda, como grupo de Profissionais de Saúde o envolvimento da percepção de Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala em exercício de atividade clínica há pelo menos um ano, na medida em que se esta triangulação de profissionais se constitui como uma resposta clínica imediata a esta problemática. Delimitou-se então que os Profissionais de Saúde considerados na presente investigação fossem detentores de uma Licenciatura em Medicina Dentária, Psicologia e Terapia da Fala, associados a uma prática clínica de pelo menos 1 ano.

Com base nas considerações referidas no âmbito da problemática e após a definição do objeto de pesquisa, a questão central desta investigação como referido anteriormente tem como intuito averiguar se os Profissionais de Saúde, Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala, têm uma Perceção Biopsicossocial quando efetuam uma abordagem diagnóstica e terapêutica ao Paciente Bruxista?

Com o objetivo de averiguar esta questão central levantaram-se interrogações orbitais, que consideramos pertinentes para chegarmos ao instrumento analítico. Inicialmente foram realizadas entrevistas exploratórias (Anexo 1), com intuito de clarificar o objeto de pesquisa, que poderá definir-se como sendo o enquadramento Biopsicossocial que os Profissionais de Saúde fazem na sua abordagem terapêutica do paciente Bruxista, e os conhecimentos teórico-práticos sobre a etiologia Biopsicossocial do Bruxismo, que aplicam para a realização do diagnóstico no contexto Biopsicossocial. Após análise detalhada das entrevistas exploratórias, foi elaborado um instrumento analítico de pesquisa, com questões que consideramos pertinentes para clarificar o objeto do estudo (Anexo 2).

2.2. Metodologia Analítica do Estudo

No que se refere à Perceção Biopsicossocial do Profissional de Saúde sobre a Problemática do Bruxismo, procurou-se averiguar a opinião de Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala, sobre esta problemática.

O método de investigação utilizado nesta investigação foi o método misto descritivo transversal. O método de investigação, consiste, num plano orientador de trabalho, sendo que deverá apresentar algumas características empíricas como ser fáctico, isto é, ter uma referência empírica; transcender os factos, porque embora parta deles transcende-os; recorrer à verificação empírica, para formular uma resposta aos problemas colocados e para apoiar as suas próprias afirmações; exigir uma constante confrontação com a realidade que conduz à problematização mesmo já admitida: ser autocorretivo e progressivo, enquanto rejeita ou ajusta as próprias conclusões como infalíveis e finais, estar aberto a novas contribuições e à utilização de novos procedimentos e novas técnicas; as suas formulações são do tipo geral; é objetivo porque consegue-se alcançar a verdade possível dos factos. Na presente investigação a metodologia quanto à generalização pode classificar-se como *Ideográfico*, porque o objetivo é estudar factos particulares da Problemática Biopsicossocial do Bruxismo e simultaneamente assume-se como *dialético* porque enfatiza a explicação de uma realidade Biopsicossocial na existência intrínseca de contradições no seu interior (Pardal & Lopes, 2011; Stake, 2007).

O procedimento metodológico foi faseado em dois momentos distintos. Num primeiro momento foram realizadas entrevistas exploratórias a Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala, com o intuito de selecionar questões pertinentes para o objeto de estudo, em torno da Perceção Biopsicossocial da Problemática do Bruxismo, por parte destes Profissionais de Saúde. As entrevistas iniciais orientaram e suportaram a viabilidade do segundo momento, que consistiu na elaboração de um guião final de uma entrevista semiestruturada, a realizar a Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala. As entrevistas semiestruturadas não são inteiramente abertas e livres, nem orientadas com um leque inflexível de perguntas estabelecidas *a priori*, porque embora o entrevistador possua um referencial de perguntas guia, pode não seguir a ordem estabelecida das perguntas, mas antes à medida da oportunidade. O que se deseja é que o discurso do entrevistado flua naturalmente. A entrevista semiestruturada usada neste estudo foi previamente preparada, sendo centrada na Perspetiva Biopsicossocial do Profissional de Saúde sobre a Problemática do Bruxismo (Coutinho, 2014; Pardal & Lopes, 2011)

As entrevistas são uma excelente técnica de recolha de dados porque permitem a interação entre o entrevistado e o investigador, dando a possibilidade de obter informações que não seriam possíveis de recolher com um questionário, uma vez que é

sempre possível pedir informações adicionais ao entrevistado, no caso da resposta obtida não ser suficientemente esclarecedora. Foi neste sentido que foram realizadas as entrevistas exploratórias, que permitiram gerar informações novas o que implicou o ajuste das questões para as entrevistas finais (Coutinho, 2014; Quivy & Campenhoudt, 2013).

A presente investigação assumiu contornos de uma investigação mista (qualitativa e quantitativa) descritivo transversal, ou seja delineou-se um cruzamento de dados qualitativos com parâmetros quantitativos, com a adoção de métodos descritivos e exploratórios na análise dos resultados (Creswell, 2009; Dias, 2005b). Na primeira fase da investigação foram realizadas entrevistas exploratórias, a partir de um guião de entrevista, previamente estruturado. O objetivo da realização das entrevistas exploratórias foi ajudar a constituir a problemática da investigação, ou seja, as entrevistas contribuíram para descobrir aspetos a ter em conta, alargar e retificar o campo de investigação Assim sendo, as entrevistas exploratórias tiveram como função principal revelar determinados aspetos do fenómeno estudado, que neste caso foi a Perspetiva Biopsicossocial sobre a Problemática do Bruxismo, permitindo complementar as pistas do trabalho. As entrevistas exploratórias foram realizadas no início da investigação, individualmente, para recolha de informações e permitiram elucidar sobre as conceções, competências e conhecimentos que as Profissionais de Saúde (Médico Dentista, Psicólogos e Terapeutas da Fala) têm sobre a problemática referida (Creswell, 2009; Quivy & Campenhoudt, 2013).

O objetivo de uma investigação com uma abordagem quantitativa e qualitativa tem como fundamento enriquecer a investigação através de uma mescla criteriosa dos dois tipos de dados (Creswell, 2009). A relação entre investigação qualitativa e quantitativa surge em proveito da investigação sob diversas formas, apresentando vantagens quer ao nível de complementação dos dados recolhidos, porque representa números e palavras, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana, ou seja, há uma articulação entre os dados qualitativos e quantitativos permitindo uma triangulação dos dados, quer ao nível de uma maior validade, porque pode dar mais confiança e validade aos resultados, permitindo a criação de novas fronteiras podendo levar à expansão da linha de investigação. O delineamento qualitativo da pesquisa permite ainda uma maior flexibilidade, dado que a investigação pode ser ajustada ao que vai sendo aprendido durante a colheita de dados, envolvendo várias estratégias de colheita de dados. O método de investigação misto tende a ser holístico, procurando compreender o problema

como um todo, exigindo um envolvimento intenso por parte do investigador, tornando-o o instrumento da pesquisa, e por fim exige uma análise contínua dos dados permitindo ainda a generalização da investigação (Creswell, 2009; Pardal & Lopes, 2011).

2.2.1 Metodologia de Elaboração adotada nas Entrevistas Exploratórias (Fase I)

As entrevistas exploratórias visam ajudar a sedimentar e afinar a problemática em estudo e foi com esse intuito que se optou pela realização das mesmas numa primeira fase do estudo. As entrevistas exploratórias foram fundamentadas com leituras sobre o tema em estudo, de onde resultou a problemática desta investigação, é de salientar que contribuíram para retificar a investigação tendo em conta os conteúdos teóricos, e ao mesmo tempo permitiram economizar energia e tempo de leitura na construção de hipóteses. As entrevistas exploratórias têm como função principal revelar aspetos do fenómeno estudado, abrir pistas de reflexão sobre um determinado problema, e que neste estudo tratou-se do Bruxismo. É importante salientar que as entrevistas possibilitam obter uma informação mais rica, no entanto, como desvantagem destaca-se a limitação da recolha de informação sobre assuntos delicados e a fraca possibilidade de aplicação a grandes universos (Quivy & Campenhoudt, 2013; Pardal & Lopes, 2011).

O conteúdo das entrevistas exploratórias seguiu cinco princípios defendidos por Quivy e Campenhoudt (2013): Fazer o mínimo de perguntas possíveis, porque a entrevista não é um interrogatório, nem um inquérito por questionário; Quando é necessário intervir devemos fazê-lo de forma breve, e sempre que for necessário reconduzir a entrevista aos objetivos pretendidos; O entrevistador deve abster-se de se implicar no conteúdo da entrevista, ou seja, não deve tomar posições sobre as afirmações do entrevistado; A entrevista deve desenrolar-se num contexto e ambiente adequados, sendo fundamental informar o entrevistado da duração da entrevista; Por último devemos gravar a entrevista, evidentemente que a gravação estará subordinada à autorização prévia dos entrevistados.

O critério de escolha dos entrevistados selecionados para as entrevistas exploratórias foi a de *testemunhas privilegiadas*, que são indivíduos que pela sua posição social, ação, contacto ou responsabilidades têm conhecimentos sobre a Problemática Biopsicossocial do Bruxismo e possuem uma atitude dialogante. A escolha dos inquiridos como

interlocutores válidos foi desde Docentes a Peritos Clínicos no domínio desta problemática (Coutinho, 2014; Pardal & Lopes, 2011; Quivy & Campenhoudt, 2013).

A elaboração do guião de entrevista exploratória foi de encontro às leituras feitas previamente sobre o Bruxismo, levantando-se questões sobre o a Problemática Biopsicossocial do Bruxismo. Assim o primeiro objetivo foi verificar a pertinência de cada uma das questões orbitais selecionadas no sentido de integrar o alicerce do guião de entrevista final. O guião da entrevista exploratória foi constituído por dez questões, criadas com conceitos-chave sobre a temática a estudar. Foi fundamental recorrer à teoria, para melhor compreender e interpretar as respostas dadas pelos profissionais às questões colocadas durante a entrevista. A questão central desta investigação pode ser formulada no seguinte sentido: Até onde os Profissionais de Saúde (Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala), compreendem a problemática Biopsicossocial do Bruxismo? Após a formulação da questão central, esta pode ser dissecada em várias questões que irão constituir diferentes passos da problematização do objeto, tendo em conta o objetivo e hipóteses do estudo (Dias, 2005b; Guerra, 2010). Assim sendo as questões do guião de entrevista exploratória foram as seguintes:

1. O que é para si o Bruxismo? Enquanto entidade nosológica.

A pertinência desta questão prendeu-se com o facto de ser fundamental, perceber se o Profissional de Saúde (Médico Dentista; Psicólogo; Terapeuta da Fala) tem conhecimentos teóricos sobre este conceito, enquanto entidade nosológica. A revisão dos conceitos sobre o Bruxismo, mostra que esta patologia continua a ser muito obscura e confusa, não existindo um entendimento íntegro sobre esta Parafunção, daí que é fundamental que os Profissionais de Saúde estejam informados, sobre os recentes estudos e variáveis associadas ao Bruxismo e o mesmo se aplica à etiologia, prevalência e efeito do Bruxismo (Gonçalves et al., 2010).

Atualmente o Bruxismo é definido como uma atividade involuntária dos dentes da mandíbula e maxila, resultando num apertamento, fricção ou atrito, sem finalidade funcional (Behr et al., 2012; Gama et al., 2013; Silva & Cantisano, 2009), podendo ter manifestações durante o período diurno (Bruxismo Cêntrico) ou noturno (Bruxismo Excêntrico), (Gama et al., 2013), e é considerado uma manifestação do equilíbrio Biopsicossocial (Seger, 2002).

2. Como define Bruxismo diurno e noturno?

Com esta segunda questão pretendemos, perceber se o Profissional de Saúde tem conhecimentos sobre uma das formas de classificação do Bruxismo, para distinguir os diferentes padrões de desgaste dentário. O Bruxismo diurno e o Bruxismo noturno são entidades clínicas diferentes, que surgem em diferentes estados de consciência, podendo ter diferentes etiologias (Bader & Lavigne, 2000; Palinkas et al., 2014), embora os efeitos sobre a dentição possam ser similares (*American Academy of Sleep Medicine, 2005*). O Bruxismo noturno pode ainda ser classificado em primário e secundário. O Bruxismo noturno primário ou idiopático pode ser periférico devido a fatores oclusais, ou central quando existe um desequilíbrio aminérgico do sistema nervoso central (SNC). O Bruxismo noturno secundário pode estar associado, a fármacos e outras substâncias, a transtornos do Sono, a transtornos neurológicos, a transtornos psiquiátricos e a outras Doenças (Alóe et al., 2003; Bader & Lavigne, 2000).

3. A que critérios recorre para elaborar o diagnóstico de um paciente Bruxista?

Com esta questão pretendemos entender a que critérios recorrem os Profissionais de Saúde que tratam pacientes Bruxistas, para elaborar o diagnóstico desta patologia, e entender se os critérios são idênticos ou diferentes entre as diferentes classes profissionais. Os métodos de diagnóstico do Bruxismo parecem ser eficazes, no entanto quando o hábito é inconsciente para o paciente, é necessário ter em consideração uma gama mais vasta de informações. No exame clínico à cavidade bucal realizado pelo Médico Dentista, é possível observar desgastes oclusais severos, hipertrofia muscular, desgaste do bordo incisal nos dentes anteriores, sendo estes os alertas primários para a presença dos danos, no entanto, também é possível observar, facetas dentárias polidas, incremento da linha alba, na mucosa jugal, edentações no bordo lateral da língua, erosão cervical, fraturas coronárias ou de restaurações. É sempre recomendável que para além dos sinais e sintomas o Profissional de Saúde avalie os relatos familiares, os conjugues e pessoas próximas, porque podem ser um sinal de alerta para esta problemática quando identificam ruídos dos sujeitos durante o sono. A dor também pode estar presente e pode manifestar-se nos dentes, nos músculos e na ATM (Diniz et al., 2009).

4. Considera relevante a ajuda de outros grupos profissionais para aferir o diagnóstico de um paciente Bruxista?

Sendo o Bruxismo uma Doença Multifatorial, com esta questão, pretendemos perceber se os Profissionais de Saúde têm em consideração outras áreas profissionais para o diagnóstico desta patologia. Atualmente pode dizer-se que o Bruxismo é um distúrbio Multifatorial em que uma oclusão anormal, *stress* crónico, e desordens mentais são responsáveis por esta condição. Há uma tendência cada vez maior para ocorrerem Hábitos Parafuncionais na nossa sociedade. O tratamento Multidisciplinar deve envolver especialistas como um Médico Dentista, Psiquiatra, Neurologista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala e um Técnico de Prótese Dentária (Mieszko et al., 2014).

5. Tendo como referências pacientes a quem foi diagnosticado Bruxismo. Consegue delinear um perfil Biopsicossocial comum a esses pacientes?

Na literatura há vários estudos que associam o Bruxismo a determinados padrões comportamentais. Foi fundamental para nós investigadores, perceber se o Profissional de Saúde tem em consideração o perfil Biopsicossocial do paciente Bruxista, sendo que o Bruxismo é considerado uma manifestação do equilíbrio Biopsicossocial (Seger, 2002). Um perfil Biopsicossocial integra aspetos da Psicologia da Saúde, da Medicina Comportamental com uma ligação muito estreita à biologia do comportamento e uma ênfase clara no indivíduo, mais precisamente na dinâmica corpo/psique, tendo a sociedade como pano de fundo, ou seja, há uma interação entre parâmetros biológicos, psicológicos e sociais (Paúl & Fonseca, 2001). Sendo o Biopsicossocial a conceção global do homem e da saúde, encarados como um processo em que interagem os fatores biológico, psicológico e socioculturais, a Doença psicossomática é uma Doença orgânica cujo aparecimento e curso são influenciados por fatores psicológicos. Consiste no investimento afetivo de um órgão pela incapacidade de elaborar mentalmente os conflitos inconscientes, o que deixa as *pulsões* sem tradução psíquica, numa explicação psicofisiológica trata-se de uma adaptação do organismo a uma estimulação crónica e continuada como acontece com o *stress* (Rodrigues, 2005).

6. Quais os fatores que considera estarem eventualmente envolvidos na etiologia do Bruxismo?

Com esta questão, pretendemos perceber se o Profissional de Saúde tem conhecimentos sobre os vários fatores etiológicos desta Doença Multifatorial. Vários

estudos sobre a etiologia do Bruxismo parecem ser inconclusivos (Gama et al., 2013; Gonçalves et al., 2010). No entanto os investigadores têm sugerido que fatores locais como a má-oclusão, estão a perder a sua importância etiológica, enquanto fatores cognitivo comportamentais como o *stress*, a ansiedade e os traços de personalidade, estão a ganhar mais atenção clínica (Gama et al., 2013). O Bruxismo é uma atividade parafuncional que parece ser modulada por vários neurotransmissores do SNC, mas não se pode afirmar que tenha uma regulação apenas central, daí que o Bruxismo possa estar associado a disfunções crânio-mandibulares, incluindo dores de cabeça, disfunção temporo-mandibular, dor muscular, perda precoce de dentes devido a atrição excessiva e mobilidade, além da interrupção do sono do indivíduo (Gonçalves et al., 2010; Shetty et al., 2010).

Num estudo elaborado por Gonçalves e colaboradores (2010), concluíram que não há relação estatisticamente significativa entre Bruxismo e fatores oclusais, apenas os hábitos bucais mostraram relação estatisticamente significativa, no entanto apenas a sucção da chupeta estava relacionada com o Bruxismo. São necessários mais estudos para melhor compreender a génese dos fatores locais do Bruxismo. Por outro lado, estudos empíricos têm demonstrado uma relação entre o Bruxismo e as patologias associadas a desordens respiratórias, Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono ou relacionado com hábitos como sucção do dedo, onicofagia e morder objetos (Gonçalves, 2010; Diniz et al., 2009).

Seger (2002) refere que a etiologia do Bruxismo é muito controversa e que durante muitos anos a causa de Bruxismo foi atribuída a problemas de má-oclusão. Outra teoria contemplada e de natureza psicológica, sugere que a ansiedade e o *stress* estão correlacionados com a atividade de ranger ou apertar os dentes e os Bruxistas são submetidos a mais *stress* diário que os não Bruxistas. A teoria da aprendizagem diz que o Bruxismo é um hábito aprendido e que muitos indivíduos não estão conscientes dele. Nesta teoria parece implícito que os indivíduos podem não ter distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão. Outros autores consideram os fatores oclusais os responsáveis, outros as causas psicossomáticas e outros consideram a combinação entre oclusão e fatores psicológicos. O Bruxismo pode denunciar *stress* mental, físico ou pode alertar o paciente para a presença de um contacto oclusal anormal. O Bruxismo é visto como um mecanismo de evidente agressão quando uma vontade básica do

indivíduo é bloqueada como frustração ou raiva reprimida, outros autores defendem que pode haver uma predisposição hereditária para o Bruxismo.

No artigo de Gama e colaboradores (2013), vêm citados vários fatores associados a estudos sobre o Bruxismo, tais como: os Fatores locais, os Fatores Sistêmicos os Fatores Emocionais, os Fatores Hereditários e os Fatores ocupacionais. As hipóteses fisiopatológicas do Bruxismo são várias, e pensa-se que não há um fator único responsável pelo Bruxismo, de entre os fatores mais referidos estão o *stress*, a hiperfunção dopaminérgica central, alterações do sono, genética, oclusão e défice de substâncias como cálcio e magnésio (Garcia et al., 2014; Hachmann et al., 1999). A teoria psicológica aponta o *stress* e a ansiedade como fatores desencadeadores ou perpetuadores do Bruxismo. As pesquisas atuais têm demonstrado que os fatores psicológicos não são os principais mas agravam e perpetuam o Bruxismo (Gama et al., 2013).

7. Qual a sua opinião sobre a prevalência do Bruxismo, no que se refere ao género?

Na literatura atual há estudos que referem que o Bruxismo está mais ou menos associado a determinado género, outros estudos dizem que não existe prevalência entre sexos. Com esta questão pretendemos averiguar, se o Profissional de Saúde, na sua prática clínica, tem noção de qual o género mais afetado pela problemática do Bruxismo. A maioria da população num determinado momento da sua vida já apertou os dentes, variando entre 3% e 20% na população em geral, sendo mais comum nos jovens (Alóe et al., 2003), com um declínio com o avançar da idade, no entanto é difícil de estimar a prevalência do Bruxismo noturno, porque na maioria dos casos o indivíduo não tem consciência deste transtorno (Bader & Lavigne, 2000). O Bruxismo diurno é encontrado mais em mulheres, enquanto no Bruxismo noturno não tem prevalência significativa no género feminino (Shetty et al., 2010).

Seger (2002), cita no seu livro, a perspetiva de vários autores, quanto à incidência do Bruxismo, não existindo diferenças significativas quanto ao género e idade. Esta avaliação foi efetuada pela observação clínica, sendo a sua incidência na ordem de 78% a 81%. Estes dados são muito importantes e revelam a importância de conhecer e tratar esta Parafunção. De acordo com Mieszko e colaboradores (2014), a prevalência em adultos é de 20% para o Bruxismo diurno e 8% para o Bruxismo noturno. Num estudo

realizado por Sari e Sonmez (2001), foi concluído que o Bruxismo está a aparecer com mais frequência na população jovem, sendo o seu início associado precocemente à idade de 1 ano de idade, ou seja, logo após a erupção dos incisivos decíduos.

8. Como Profissional de Saúde (Médico Dentista, Psicólogo, Terapeuta da Fala), qual é para si a abordagem terapêutica que considera adequada para um paciente Bruxista?

Com esta questão pretendemos perceber, se o Profissional de Saúde leva em consideração o Bruxismo como Doença Multifatorial, e se a sua abordagem terapêutica é unicamente centrada na sua área de atuação. O Bruxismo é de origem Multifatorial e entre os fatores mais relevantes estão os psíquicos e os psicossomáticos, e tendo em conta as múltiplas consequências clínicas que provoca, em termos de dor, desgaste dentário e osteomioarticular, é considerado um dos transtornos orofaciais mais complexos e de difícil tratamento e prognóstico reservado (Garcia et al., 2014).

As possibilidades de tratamento para este fenómeno parafuncional é ainda discutível, no entanto há tratamentos que estão direcionados para uma abordagem do Médico Dentista, no sentido de proteção do dente, diminuindo o ranger dos dentes, aliviando as dores orofaciais e temporais, e melhoria na qualidade do sono, o que pode incluir ajustes oclusais, restaurações das superfícies dentárias e placas interoclusais à base de silicone que se estendem da face vestibular à lingual (Gama et al., 2013; Silva & Cantissano, 2009). A abordagem farmacológica pode ser apenas paliativa, ou um tratamento para uma situação aguda, no entanto não há nenhum fármaco de eleição (Gama et al., 2013). É importante ainda referir que terapêutica farmacológica não é muito preconizada, pelo risco que está vulgarmente associado a dependência (Silva & Cantissano, 2009).

O tratamento psicológico consiste em diminuir e controlar o *stress* psicológico do paciente através de técnicas de relaxamento e terapia comportamental baseada na higiene do sono, que tem por objetivo a correlação de hábitos pessoais e fatores ambientais que interferem na qualidade do sono, no entanto nenhum desses tratamentos é baseado em fortes evidências (Gama et al., 2013).

A Terapia da Fala pode contribuir para o tratamento do Bruxismo, favorecendo sobretudo o relaxamento dos músculos envolvidos no Bruxismo e melhorando o padrão mastigatório das pessoas que realizam este hábito, embora o mesmo seja estudado por

muitas outras áreas, não há como travar os seus efeitos nocivos, sendo apenas possível minimiza-los. No entanto, até ao momento a Terapia da Fala, não realiza rotineiramente avaliações que considerem todos os aspetos que devem ser investigados nos indivíduos Bruxistas (Almeida et al., 2011).

A terapêutica do Bruxismo deve ser abordada de forma Multidisciplinar, não existindo uma medida terapêutica incisiva que possa ser adotada, sendo assim a inter-relação Profissional-Paciente deve ser completa para garantir a ausência de sintomatologia e desconforto. É importante consciencializar o paciente em relação ao hábito, juntamente com um tratamento Médico Dentário conservador. Não existe um tratamento específico, cada indivíduo deve ser avaliado e tratado individualmente (Silva & Cantissano, 2009).

9. Em algum momento da sua prática clínica, considerou importante pedir a participação de outros grupos de saúde para definir uma estratégia terapêutica ao paciente Bruxista?

Com esta questão pretendemos perceber se o Profissional de Saúde considera importante trabalhar com uma equipa Multidisciplinar no tratamento do paciente Bruxista. Os fatores comportamentais e oclusais do paciente, quando são evidenciados pelo profissional com precisão, vão certamente propiciar um tratamento com maior suscetibilidade de sucesso (Garcia et al., 2014).

10. Caso a resposta seja afirmativa, considera importante a abordagem Multidisciplinar, já o fez em algum momento da sua prática clínica? Se sim, descreva sumariamente a estratégia terapêutica adotada.

Com esta ultima questão pretendemos entender se o Profissional de Saúde tem em consideração que a problemática do Bruxismo pode ser percecionada como uma Doença Multifatorial, e se já recorreu a outros profissionais para uma abordagem terapêutica.

2.2.1.1. Sobre a Análise Qualitativa das Entrevistas Exploratórias

Após a realização das entrevistas exploratórias, o material recolhido foi tratado e codificado, segundo regras precisas, dos dados em bruto do texto, transformação esta, que por recorte, agregação e enumeração, permitiu atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, fundamental para esclarecer o investigador. A codificação é o processo a partir do qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das

características pertinentes do conteúdo das entrevistas, ou seja as características relevantes do conteúdo de uma mensagem transformam-se em unidades que permitem a sua descrição e análise precisas. Sendo a categorização um processo de classificação dos elementos constitutivos, de um conjunto por diferenciação e posteriormente um agrupamento, segundo os critérios definidos. As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos. O critério de categorização implica repartir os elementos, e impor uma organização das mensagens. Para ser realizada uma boa categorização foram consideradas as seguintes qualidades: Exclusão mútua, ou seja, cada elemento não existiu em mais de uma divisão; Homogeneidade das categorias; Pertinência, adaptada ao material de análise escolhido, refletindo as intenções da investigação; Objetividade e Fidelidade, sendo que as diferentes parte de um mesmo material, ao qual se aplicou a grelha categorial, foram codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a várias análises; Produtividade, no que respeita a fornecer resultados férteis, em hipóteses novas e dados exatos (Bardin, 2009; Pardal & Lopes, 2011).

Na fase exploratória desta investigação, a análise de conteúdo teve uma função fundamentalmente heurística, ou seja, serviu para descobrir ideias e pistas de trabalho, que foram concretizadas pelas hipóteses, permitiu em certa medida ultrapassar a subjetividade das interpretações, ajudando-nos a evitar armadilhas de ilusão e a descobrir o que está por trás das palavras, entre linhas, e para além dos estereótipos, daí que foi fundamental que a análise de conteúdo das entrevistas exploratórias fosse corretamente fundamentada, porque permitiu a maleabilidade da aplicação nesta primeira fase de investigação, já que as entrevistas exploratórias ofereceram a possibilidade de encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho, e não para verificar hipóteses já estabelecidas (Quivy & Campenhoudt, 2013; Pardal & Lopes, 2011)

A análise de conteúdo consiste num conjunto de instrumentos de análise das comunicações, que tem à sua disposição um leque variado de técnicas/ procedimentos adaptáveis e aplicáveis a um campo alargado de análise – num âmbito de diferentes linguagens. Num estudo qualitativo com entrevistas exploratórias, como é este, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, para uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das respetivas entrevistas, determinando a frequência com que palavras específicas são mencionadas pelos entrevistados (Bardin, 2009; Pardal & Lopes, 2011). A análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do

que foi narrado e uma dimensão interpretativa que resulta das interrogações do investigador sobre o objeto de estudo que neste caso é o Bruxismo, com recurso a um sistema de conceitos teóricos e analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência (Guerra, 2010). Segundo Bardin (2009), o tratamento do conteúdo varia de pesquisa para pesquisa, e de investigador para investigador, no entanto, podem agrupar-se em 4 categorias estruturais: Categorical, Avaliação, Enunciação e Expressão (Guerra, 2010). Neste estudo a análise de conteúdo será categorial numa primeira fase e posteriormente de avaliação, com o intuito de medir as atitudes do entrevistado face ao objeto de estudo.

De acordo com Pardal e Lopes (2011) o *design* de análise deve funcionar como uma referência aberta e flexível, permitindo reformulações e/ou reajustamentos, enquanto se efetua a análise de conteúdo. O importante a ter em conta no *design* de análise, é a definição do trajeto a ser seguido, em vista à análise de conteúdo pretendida, prevendo-se alguns passos:

1. Definição dos objetivos da análise: que tipo de informação importa captar?
2. Definição do tipo de instrumentos técnicos a aplicar: Como captar a informação pretendida?
3. Seleção/ (re)estruturação dos instrumentos técnicos a aplicar: Haverá que reformular instrumentos existentes? Haverá que repensar em novos procedimentos?
4. Aplicação dos instrumentos na análise do conteúdo da comunicação: processo que se inicia com a estruturação de uma primeira versão matiz de análise conducente à categorização e classificação de segmentos de conteúdo da comunicação (unidades de análise) – matriz que irá sendo refinada até à sua versão final e que possibilitará inferências.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados brutos foram submetidos a operações estatísticas para se tornarem significativos e válidos de forma a evidenciarem as informações obtidas. Na posse destas informações, foram feitas inferências e realizadas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos (Bardin, 2009).

Os Profissionais de Saúde (Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala), foram previamente contactados por correio eletrónico, para informação e esclarecimento dos motivos da pesquisa e cuidados éticos subjacentes à mesma. Após a anuência, à

participação, foi marcada uma data e hora para a realização da entrevista exploratória. A participação de todos os entrevistados foi voluntária, e a todos foi explicado o objetivo do estudo, garantindo o anonimato, e tendo sido assinado o respetivo consentimento informado (Anexo 3). Foram ainda informados que poderiam desistir a qualquer momento. O número de entrevistas exploratórias foi de seis Profissionais de Saúde: dois Médicos Dentistas; dois Psicólogos e duas Terapeutas da Fala. O tempo médio previsto para cada entrevista foi de quinze minutos.

A análise de conteúdo das entrevistas exploratórias, permitiu avaliar de forma sistemática o material textual, de modo a quantificar a ocorrência de palavras, frases e temas considerados chave que possibilitaram uma comparação posterior. A ideia base foi a de que determinadas palavras, ou seja, as unidades de análise pudessem ser organizadas em categorias conceptuais, e essas categorias pudessem representar aspetos de uma teoria que se pretende testar. Numa primeira fase de pré-análise as entrevistas exploratórias foram transcritas, na segunda fase, a de codificação, os dados brutos foram transformados, tendo em conta o recorte (escolha da unidade de análise), a enumeração (escolha de regras de contagem das unidades de análise) e categorização (escolha de categorias), (Coutinho, 2014; Flick, 2013).

As entrevistas exploratórias decorreram no período de Dezembro de 2014 a Fevereiro de 2015. Para análise de conteúdo das entrevistas recorremos ao programa *Atlas.Ti.*, com posterior exportação dos resultados para *Excel*, para tratamento dos resultados em bruto, de modo que estes se tornassem significativos e pudessem ser analisados estatisticamente (Bardin, 2009) e dessa forma testamos hipóteses, e fizemos a ligação entre as mesmas.

Para seleccionarmos os marcadores de cada questão seguimos as sugestões de Bardin (2009). Em primeiro lugar foram realizadas leituras analíticas flutuantes por três avaliadores, onde foram seleccionados os marcadores que se repetiram com mais frequência. Num segundo momento foram criadas tabelas com as respetivas frequências com que se repetem os marcadores, e criaram-se gráficos percentuais. A codificação dos dados permitiu-nos uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo do conteúdo.

No que concerne à primeira questão sobre a definição de Bruxismo, enquanto entidade nosológica, incluíram-se os seguintes marcadores: *Ranger os Dentes, Apertar*

os Dentes, Stress, Descarregar de Emoções, Atividade Neurológica, Ansiedade. Na segunda questão onde se pretendia definir o conceito de Bruxismo noturno e Bruxismo diurno, utilizaram-se os seguintes marcadores para O Bruxismo noturno: *Inconsciente; Profundidade do Sono, Ranger os Dentes*, enquanto para o Bruxismo diurno foram usados os marcadores: *Consciente, Escape, Apertar os Dentes*. Com a terceira questão sobre os critérios a que recorrem os Profissionais de Saúde (Médico Dentista, Psicólogo e Terapeuta da Fala), definiram-se os seguintes marcadores: *Comportamentos Parafuncionais, Stress patológico, Ansiedade, Motricidade Orofacial, Musculatura Facial, Observação Dentária*. Na quarta questão onde se pretendia saber a opinião dos Profissionais de Saúde, sobre relevância de pedir a ajuda de outros grupos profissionais para a elaboração do diagnóstico do paciente Bruxista incluíram-se os seguintes marcadores: *Diagnóstico Não, Diagnóstico Sim, Doença Multifatorial, Médico Dentista, Neurologista, Fisioterapeuta*. Quanto à quinta questão tentou saber-se se os Profissionais de Saúde conseguem delinear um perfil Biopsicossocial comum aos pacientes Bruxistas, e introduziram-se os seguintes marcadores: *Stress patológico, Mais Ansiosos, Comportamento Não-Adaptativo, Agressividade Social, Agressividade Contida*. Na sexta questão sobre os fatores que os Profissionais de Saúde consideram estar eventualmente envolvidos na etiologia do Bruxismo incluíram-se os seguintes marcadores: *Fatores Psicológicos, Fatores Neurológicos, Fatores Biopsicossociais, Ansiedade, Fatores Parafuncionais, Processo de Modelagem*. Com a sétima questão pretendíamos saber a opinião dos Profissionais de Saúde sobre a prevalência do Bruxismo, no que se refere ao género, e usaram-se os seguintes marcadores: *Sem prevalência definida, Não Sei, Homens*. Relativamente à oitava questão sobre a abordagem terapêutica que os Profissionais de Saúde consideram adequada para um paciente Bruxista, incluíram-se os seguintes marcadores: *Multiprofissional, Controlar ou Proteger os danos, Terapias Comportamentais e Cognitivas, Técnicas de Relaxamento Muscular, Abordagem à Ansiedade*. Com a penúltima questão pretendíamos saber qual a opinião dos entrevistados sobre a importância de pedir a participação de outros grupos de saúde para definir uma estratégia terapêutica ao paciente Bruxista, e usaram-se os seguintes marcadores: *Sempre, Sim, Não*. Com a última questão tentámos perceber a importância da abordagem Multidisciplinar, na prática clínica dos Profissionais de Saúde, caso a resposta anterior fosse afirmativa. Definiram-se os seguintes marcadores: *Trabalho Multifacetado, Equipas*

Transdisciplinares, Encaminhamento ao Médico Dentista, Psicólogo, Fisioterapeuta, Neurologista.

A escolha dos grupos profissionais entrevistados Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala foi feita na medida em que se esta triangulação de profissionais se constitui como resposta clínica imediata a esta problemática que é a Percepção Biopsicossocial do paciente Bruxista.

2.2.1.2 Apresentação e Discussão dos Resultados da Análise de Conteúdo das Entrevistas Exploratórias a Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala.

Após ser realizada uma análise qualitativa da ocorrência dos marcadores nas entrevistas exploratórias, foi efetuado o tratamento dos resultados, de modo a fazer sobressair aspetos elucidativos quando expostos graficamente. A frequência dos marcadores foi apresentada sob a forma de percentagem e a sua distribuição através de diagramas circulares (Bardin, 2009; Pardal & Lopes, 2011). Com os resultados obtidos, procuramos estabelecer relações e ligações entre as questões colocadas, e também adiantamos algumas interpretações, de modo a construir o guião da entrevista final, como proposto por Bardin (2009) e Krippendorff (2013). Seguidamente apresentamos os resultados de cada questão das entrevistas exploratórias.

Pergunta 1: “O que é para si o Bruxismo. Enquanto entidade nosológica?”

No que concerne à primeira questão os marcadores mais mencionados foram *Ranger os dentes* e *Apertar os Dentes*, a leitura dos dados sugere que os entrevistados definem o Bruxismo como uma entidade nosológica do campo profissional da Medicina Dentária. No entanto os marcadores *Ansiedade*, *Stress* e *Atividade Neurológica*, foram os segundos mais mencionados, o que significa que os entrevistados consideram notoriamente que o Bruxismo é uma entidade clínica que vai muito mais além da natureza Biopsicossocial (Figura 1).

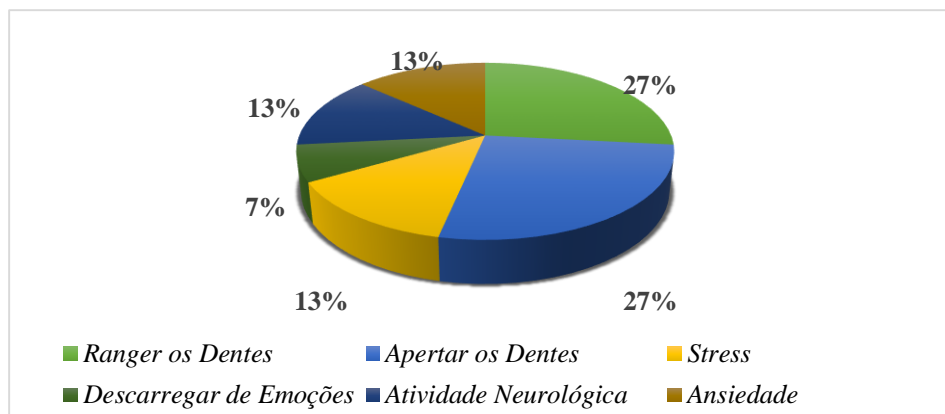


Figura 1- Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 1.

Pergunta 2: “Como define Bruxismo diurno e Bruxismo ligado ao sono?”

Na segunda questão, subdividimos os marcadores para Bruxismo diurno e Bruxismo ligado ao sono. O marcador mais mencionado para o Bruxismo diurno foi *Apertar os Dentes* e os segundos mais mencionados foram *Consciente* e *Escape*. Enquanto para o Bruxismo ligado ao sono, os marcadores mais mencionados foram *Inconsciente* e *Ranger os Dentes*, seguido do marcador de *Estabilidade do Sono*, o que sugere que os entrevistados sabem que o Bruxismo diurno e noturno são entidades com expressão clínica diferenciada (Figura 2).

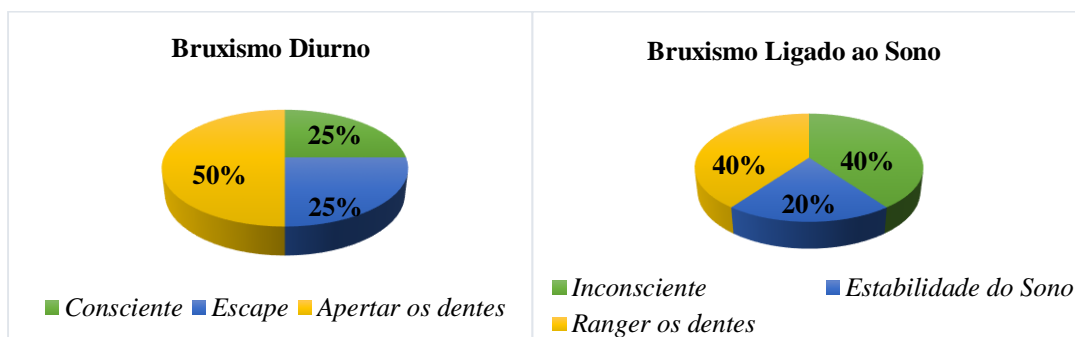


Figura 2- Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 2.

Pergunta 3: “A que critérios recorre para elaborar o diagnóstico de um paciente Bruxista?”

Quanto à terceira questão o marcador com maior preponderância foi a *Observação Dentária*, o que parece ser um critério relevante na elaboração inicial do diagnóstico de um paciente Bruxista, no entanto, é importante salientar que os segundos marcadores mencionados *Musculatura Facial*, *Motricidade Orofacial* e *Ansiedade*, mostram que os

entrevistados têm em consideração uma vasta gama de critérios na elaboração do diagnóstico do paciente Bruxista (Figura 3).

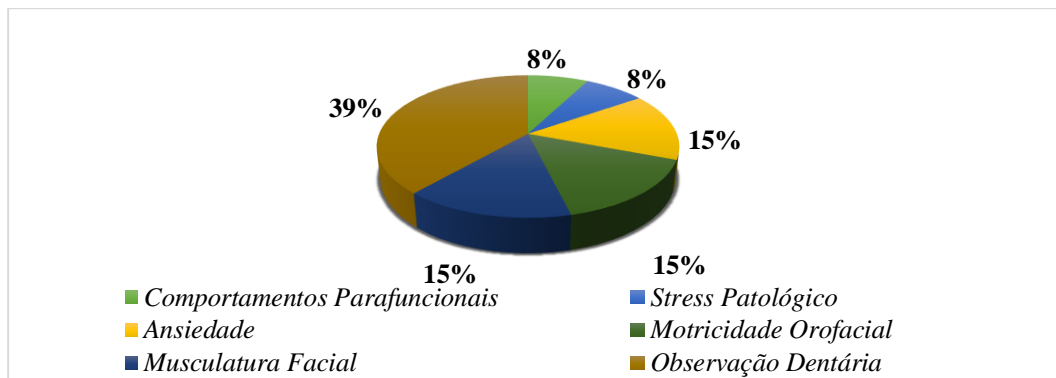


Figura 3- Distribuição de Frequências-Questão Exploratória 3.

Pergunta 4: “Considera relevante a ajuda de outros grupos profissionais para aferir o diagnóstico de um paciente Bruxista?”

Na quarta pergunta os marcadores *Médico Dentista* e *Diagnóstico Sim*, assumem preponderância ao nível do diagnóstico do paciente Bruxista, sendo o Médico Dentista a classe profissional privilegiada para o diagnóstico do Bruxismo, com posterior encaminhamento para outras especialidades (Figura 4).

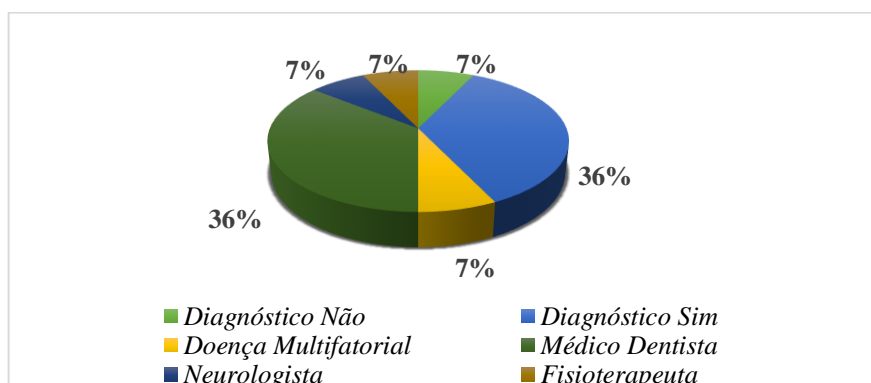


Figura 4- Distribuição de Frequências- Questão Exploratória 4.

Pergunta 5: “Tendo como referência pacientes a quem foi diagnosticado Bruxismo. Consegue delinear um perfil Biopsicossocial comum a esses pacientes?”

Relativamente à quinta questão, os marcadores *Stress Patológico* e *Mais Ansiosos*, assumem preponderância ao nível da caracterização do perfil Biopsicossocial dos pacientes Bruxistas, de acordo com os nossos entrevistados, o que sugere que o Bruxismo pode ser influenciado por determinantes psicológicos. Os segundos

marcadores mais mencionados foram *Comportamento Não-Adaptativo* e *Agressividade Contida*, o que parece ir ao encontro do objeto de estudo da presente investigação, porque reforça que o Bruxismo é uma entidade clinica que deverá ser percebida muito para além do “olhar clinico” do Médico Dentista (Figura 5).

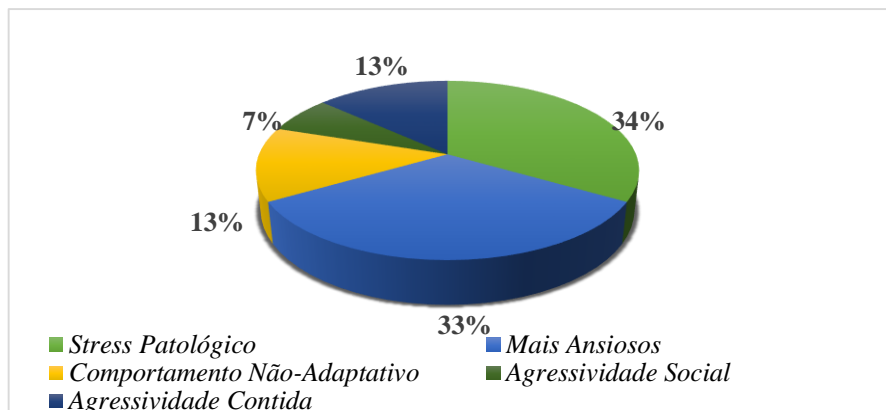


Figura 5- Distribuição de Frequências- Questão Exploratória 5.

Pergunta 6: “Quais os fatores que considera estarem eventualmente envolvidos na etiologia do Bruxismo?”

Na sexta questão os marcadores mais mencionados foram *Ansiedade* e *Fatores Psicológicos*, o que vem reforçar a ideia de que o Bruxismo tem uma atividade muito além da atividade funcional da cavidade oral, sendo que a componente psicológica tem um papel preponderante nesta patologia (Figura 6).

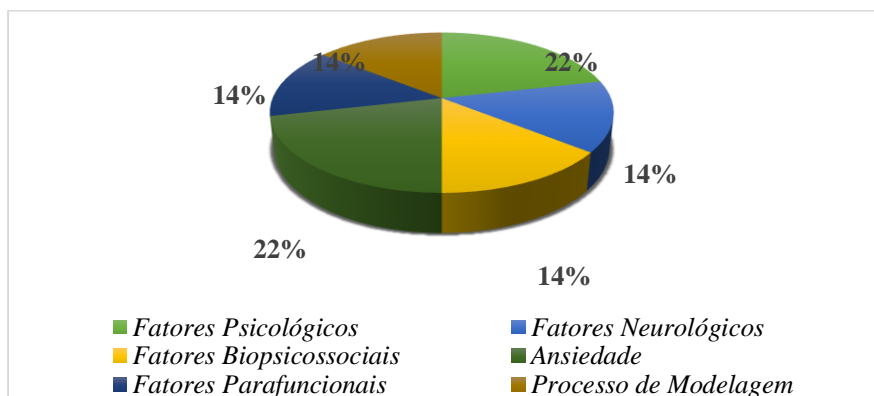


Figura 6- Distribuição de frequências- Questão Exploratória 6.

Pergunta 7: “Qual a sua opinião sobre a prevalência do Bruxismo, no que se refere ao género?”

Relativamente à sétima questão, o marcador mais mencionado foi, *Não Sei*, seguido do marcador, *Sem prevalência definida*, o que aponta que os Profissionais de Saúde entrevistados reconhecem, que atualmente os estudos efetuados não são unânimes em apontar uma eventual incidência desta patologia de acordo com o género (Figura 8).

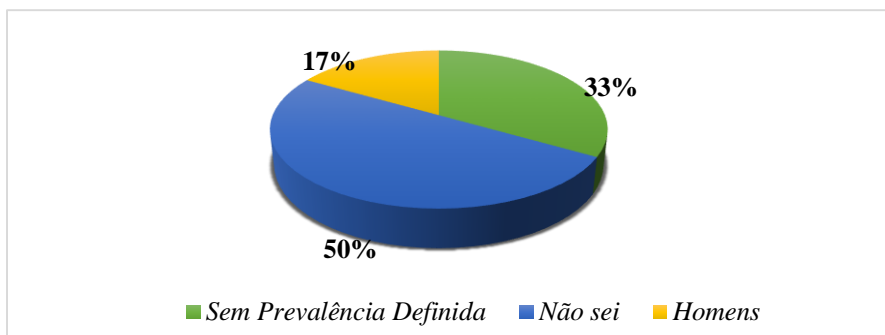


Figura 7- Distribuição de frequências- Questão Exploratória 7.

Pergunta 8: “Como Profissional de Saúde (Médico Dentista, Psicólogo, Terapeuta da Fala), qual é para si a Abordagem Terapêutica que considera adequada para um paciente Bruxista?”

Na oitava questão o marcador mais mencionado foi *Multiprofissional*, o que vem reforçar a ideia de que o Bruxismo é uma Doença Multifatorial, na qual devem intervir várias classes profissionais, sendo a, *Abordagem ao Fator Ansiedade*, a terapêutica escolhida pelos nossos entrevistados para minimizar os danos provocados pelo Bruxismo (Figura 9).

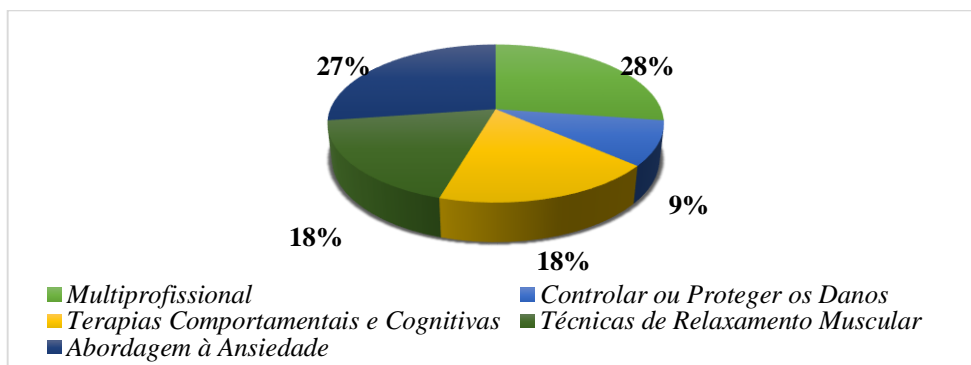


Figura 8- Distribuição de Frequências- Questão Exploratória 8.

Pergunta 9: “Em algum momento da sua prática clínica, considerou importante pedir a participação de outros grupos profissionais para definir uma estratégia terapêutica ao paciente Bruxista?”

Na penúltima questão o marcador mais mencionado é, *Sim*, ou seja, a maioria dos nossos entrevistados considera importante uma Abordagem Multiprofissional ao paciente Bruxista (Figura 9).

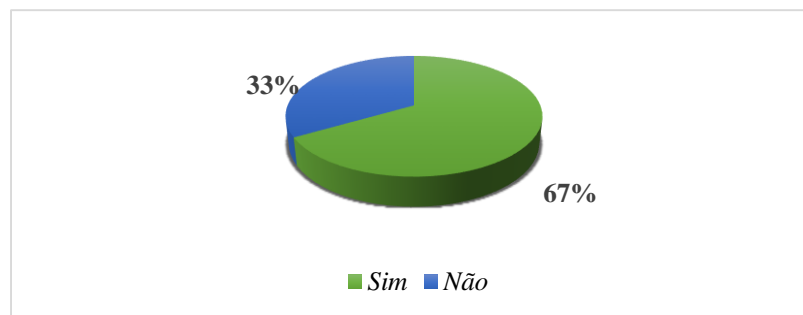


Figura 9- Distribuição de Frequências - Questão Exploratória 9.

Pergunta 10: “Caso a resposta anterior seja afirmativa, considera importante a Abordagem Multidisciplinar, já o fez em algum momento da sua prática clínica? Se sim, descreva sumariamente a estratégia terapêutica adotada.”

Na última questão aparece como marcador principal *Encaminhamento para o Médico Dentista*, seguido do marcador *Psicólogo*. O primeiro identifica-se com o papel que o Médico Dentista deverá ter ao nível da avaliação dentária, no entanto, se o Bruxismo estiver acompanhado de um quadro de ansiedade, e esta não for devidamente tratada, qualquer abordagem será apenas paliativa, na medida em que os fatores desencadeantes permanecem intactos. Embora com uma percentagem inferior os marcadores *Neurologista* e *Fisioterapeuta*, também são mencionados pelos nossos entrevistados, o que sugere a importância de um *Trabalho Terapêutico Multifacetado* (Figura 10).

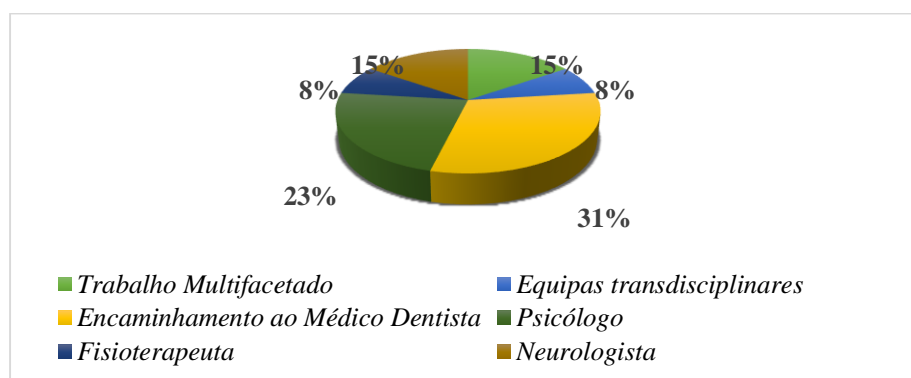


Figura 10- Distribuição das Frequências- Questão Exploratória 10.

Para elaboração do Guião de Entrevista Final, avaliamos a pertinência e o contributo das questões e dos marcadores identificados nas entrevistas exploratórias, com o objetivo de selecionar, reformular e retirar algumas questões, para isso centrando-nos nas hipóteses do estudo sobre a “Perceção Biopsicossocial do Profissional de Saúde

sobre a Problemática do Bruxismo” (Bardin, 2009; Pardal & Lopes, 2011; Quivy & Campenhoudt, 2013).

Relativamente à primeira questão consideramos pertinente a sua integração no guião final, porque se trata de uma pergunta de definição e domínio do conceito de Bruxismo. A segunda questão, que aborda o entendimento do Bruxismo mas de um modo mais específico relacionado com a definição de Bruxismo diurno e Bruxismo associado ao período de sono, também se irá manter no guião final, porque segundo a literatura consultada e referida anteriormente, o Bruxismo diurno difere do noturno, quer a nível de tipologia de desgaste dentário, como também, relacionado com fatores emocionais. A relevância de manter a segunda questão prende-se com o facto de se tratarem de entidades clínicas diferenciadas (Barder & Lavigne, 2000; Polinkas et al., 2014).

A terceira questão revelou-se como muito pertinente ao nível do objeto do estudo, e irá manter-se no guião final, no entanto, será reformulada, no sentido de avaliar quais os critérios sintomáticos mais relevantes a que as classes profissionais estudadas recorrem para elaborar o diagnóstico destes pacientes.

A quarta questão, será reformulada, com o objetivo de avaliarmos se o *Diagnóstico* inicial do paciente Bruxista é da competência exclusiva do Médico Dentista, visto que a maioria dos entrevistados refere como figura principal no primeiro momento o *Médico Dentista* no diagnóstico da problemática do Bruxismo.

A quinta e a sexta questão também serão reformuladas, dada a sua elevada importância para o contexto temático do estudo. Na quinta questão, a reformulação será no sentido de enfatizar a problemática do Bruxismo, no perfil Biopsicossocial destes pacientes, enquanto na sexta questão, o objetivo será que os entrevistados pensem no paciente Bruxista como entidade Biopsicossocial e procurem dar-nos possíveis etiologias desta problemática.

A sétima questão será retirada, após termos concluído que o marcador maioritariamente mencionado foi, *Não sei*, seguido do marcador *Sem Prevalência Definida*. Os estudos consultados são controversos e não definem claramente uma prevalência de género para o Bruxismo (Busanello-Stella et al., 2011; Carvalho et al., 2008; Claderon et al., 2006; Enríquez et al., 2004)

A oitava questão revelou-se pertinente para o estudo, no sentido em que nos permite avaliar qual a Abordagem Terapêutica mais indicada para o paciente Bruxista, e se existe eventualmente abordagens diferenciadas sobre a problemática do Bruxismo dependendo da classe profissional entrevistada.

A penúltima e última questão também são muito relevantes, e serão mantidas na entrevista final, no entanto, decidimos juntar as duas perguntas numa única questão, após termos concluído que as suas respostas reuniam o conteúdo de ambas as questões, no entanto, o foco principal da questão será mantido, porque consideramos fundamental para o objetivo da investigação.

No guião final decidimos incluir uma nova questão que não estava contemplada nas entrevistas exploratórias, com o intuito de abrir espaço para que os entrevistados possam acrescentar informações e conhecimentos relevantes sobre a problemática das Bruxismo, que possam não ter sido abordados ao longo da entrevista.

2.2.2 Metodologia de elaboração adotada para as Entrevistas Finais (Fase II)

Na metodologia utilizada para a realização das entrevistas finais foi suportada na elaboração de um guião de uma entrevista semiestruturada composta por 9 “questões-chave” (anexo 2), *consistentes* com as questões colocadas aos entrevistados nas entrevistas exploratórias, redigidas para os Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala, e relacionadas com os parâmetros que se pretendiam analisar.

Assim, a primeira questão abordava o significado de Bruxismo enquanto entidade nosológica: “O que é para si o Bruxismo, enquanto entidade nosológica?”. A segunda questão contemplava o entendimento do Profissional de Saúde sobre a diferença entre Bruxismo diurno e Bruxismo associado ao período de sono, sendo que a questão colocada: “Como define o Bruxismo diurno e o Bruxismo associado ao período de sono?”. A terceira questão do guião visava perceber quais os critérios sintomáticos que os Profissionais de Saúde consideram significativos quando elaboram o diagnóstico de um indivíduo Bruxista sendo a questão colocada: “Quais os critérios sintomáticos mais relevantes na elaboração do diagnóstico de um paciente Bruxista?”. Entendemos que a quarta questão tinha como intuito perceber se os Profissionais de Saúde consideravam o Médico Dentista a figura principal no despiste do Bruxismo. A questão colocada: “Sendo o Bruxismo uma Doença Multifatorial, considera que o despiste inicial desta

patologia é da competência exclusiva do Médico Dentista? Porquê?”. Quanto à quinta questão tentou-se perceber se os Profissionais de Saúde conseguiam delinear um perfil Biopsicossocial comum, associado nestes indivíduos, e a questão colocada foi: “Considerando a problemática do Bruxismo, consegue delinear um perfil Biopsicossocial destes pacientes?”. Na sexta questão pretendia-se perceber quais os fatores etiológicos que os Profissionais de Saúde consideravam estar envolvidos no Bruxismo, enquanto entidade Biopsicossocial, e como tal colocou-se a seguinte questão: “Quais os fatores etiológicos, que considera estarem envolvidos no Bruxismo enquanto entidade Biopsicossocial?”. Com a sétima questão sobre a abordagem terapêutica ao paciente Bruxista, pretendia-se saber qual ou quais as abordagens que os Profissionais de Saúde entrevistados consideravam mais indicada, nesse sentido colocamos a questão: “Qual a abordagem terapêutica que considera estar mais indicada ao nível da intervenção destes pacientes?”. A penúltima questão visava saber se os Profissionais de Saúde entrevistados já tinham tratado pacientes Bruxistas, e se o tinham feito de modo *independente* ou com o recurso a equipas Multidisciplinares, nesse sentido colocou-se a seguinte questão: “Em algum momento da sua prática clínica, considerou importante pedir a participação de outros grupos profissionais, no sentido de ser feita uma abordagem terapêutica Multidisciplinar ao paciente Bruxista?”. Com a última questão pretendíamos enriquecer a nossa investigação com alguma informação que os entrevistados considerassem pertinente para o objeto do estudo, e a questão colocada foi a seguinte: “Há alguma informação que considere relevante para esta investigação que gostasse de acrescentar a esta entrevista?”

Após a realização das entrevistas finais, o material recolhido foi tratado e codificado através da leitura flutuante do conteúdo das entrevistas, permitindo uma descrição exata das características inerentes da análise das entrevistas. A análise de conteúdo foi categorial, e idêntica à realizada na primeira fase do estudo, que consistiu em calcular e comparar a frequência de determinadas palavras, designadas como categorias nucleares. Este procedimento foi essencialmente quantitativo, porque os dados brutos foram submetidos a operações estatísticas de modo a que se tornassem significativos e válidos, para que desse modo fossem feitas as respetivas inferências e realizadas interpretações (Quivy & Campenhoudt, 2013). Numa primeira etapa as entrevistas foram transcritas na sua totalidade, e na segunda etapa os dados da narrativa categorizados, tendo em consideração o recorte, a enumeração e a categorização

(Coutinho, 2014; Flick, 2013). A frequência dos marcadores foi apresentada sob a forma de percentagem e a sua distribuição através de gráficos de barras (Bardin, 2009; Pardal & Lopes, 2011). Com os resultados obtidos, procuramos estabelecer, assim, relações e ligações entre as questões colocadas e a literatura científica que lhes serviu de suporte.

Em suma, os passos que tivemos em conta para a análise foram os seguintes (Pardal & Lopes, 2011): a) Leitura da narrativa das entrevistas, sem nos deixarmos influenciar por ideias preconcebidas; b) Esboço de uma matriz para posterior análise de conteúdo; c) Definição das unidades de análise (categorias); d) Preenchimento da matriz para a análise de conteúdo; e) Categorização das unidades de análise de conteúdo; f) Interpretação, ou seja, elaboração de inferências sobre as categorias relacionadas.

Os Profissionais de Saúde (Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala), foram previamente contactados telefonicamente, para informação e esclarecimento dos motivos da pesquisa e foram assumidos os procedimentos éticos subjacentes à mesma. Após obtida aquiescência e participação, foi marcada uma data e hora para a realização da entrevista. A participação de todos os entrevistados foi voluntária, e a todos foi explicado o objetivo do estudo, assegurando o anonimato, tendo sido assinado o respetivo consentimento informado (Anexo 3). Foram ainda informados que poderiam desistir a qualquer momento. O número de entrevistas foi de 15 Médicos Dentistas, 15 Psicólogos e 15 Terapeutas da Fala. O tempo médio de cada entrevista foi de quinze minutos.

As entrevistas efetuadas decorreram no período de Março de 2015 a Maio de 2015. Para a análise de conteúdo das entrevistas recorremos ao programa *Atlas.Ti.*, com posterior exportação dos resultados para *Excel*, para tratamento dos dados em bruto, de modo a que se tornassem significativos e pudessem ser analisados estatisticamente (Bardin, 2009), desse modo foram criadas tabelas (anexo 4) com as respetivas frequências dos marcadores, e posteriormente foram elaborados gráficos percentuais. A codificação dos dados permitiu-nos uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Para a análise dos dados demográficos recorremos ao programa *IBM-SPSS v.21*. Faremos de seguida, na Parte III- Resultados e Discussão, uma descrição de forma sucinta da análise de conteúdo das entrevistas finais e respetiva discussão dos resultados.

III- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de resultados será apresentada de acordo com a análise descritiva dos marcadores identificados. As frequências dos marcadores, para cada uma das questões, foi convertida em percentagens, de forma a serem comparáveis, uma vez que os marcadores em análise eram notoriamente diferenciados. Com base na análise descritiva dos dados associados a cada uma das questões, e para a respetiva discussão dos resultados, foi efetuada uma reflexão crítica tendo como suporte básico a literatura científica consultada.

A amostra deste estudo é constituída por 45 sujeitos, organizados em três grupos distintos. Cada amostra foi composta por 15 Médicos Dentistas, 15 Psicólogos e 15 Terapeutas da Fala, em exercício de atividade profissional há mais de um ano, recrutados na Clínica Universitária Egas Moniz, Clínicas Particulares, Hospitais Público-Privados, Colégios de Ensino Especial, Juntas de Freguesia, Centros de Saúde e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

O grupo dos Médicos Dentistas é constituído por 73,3% de indivíduos do género masculino e 26,7% do género feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 59 anos, e com uma média de idade de 36,20 (DP=10,65). Dos 15 Médicos Dentistas entrevistados 33,3% desempenham funções entre 1 e 5 anos, 26,7% entre 5 e 10 anos, 6,7% entre 10 e 15 anos e, 33,3% refere estar em exercício profissional há mais de 15 anos. Da amostra de Médicos Dentistas releva-se o fato de 40% exercer funções em Clínicas Particulares, 6,7% em Clínicas Particulares e Hospitais, 6,7% em Clínicas Particulares, Hospitais e Clínicas Universitárias, e 46,7% em Clínicas Particulares e Clínicas Universitárias.

O grupo dos Terapeutas da Fala é constituído em 100% por indivíduos do género feminino, com idades compreendidas entre os 22 e 60 anos, e com uma média de idade de 33,60 (DP=11,67). Dos 15 Terapeutas da Fala entrevistados 33,3% desempenham funções entre 1 e 5 anos, 40% entre 5 e 10 anos, 13,3% entre 10 e 15 anos, e 13,3% há mais de 15 anos. Dos Terapeutas da fala entrevistados, 26,7% refere desempenhar funções em contexto Hospitalar, 40% em Clínicas Particulares, 6,7% em Clínicas Universitárias, 6,7% em IPSS, 6,7% em Colégios de Ensino Especial, 6,7% em Juntas de Freguesia e 6,7% em Hospitais e Clínicas Particulares.

A amostra do grupo de Psicólogos é constituída por 80% de indivíduos do género feminino e 20% do género masculino, com idades compreendidas entre os 29 e 65 anos, e com uma média de idades de 40 anos (DP=10,93). Dos Psicólogos entrevistados, 33,3% encontra-se em exercício profissional entre 1 e 5 anos, 13,3% entre 5 e 10 anos, 26,7% entre 10 e 15 anos, e 26,7% refere exercer funções há mais de 15 anos. Relativamente ao local onde exercem funções, 46,7% refere trabalhar em Clinicas Particulares, 13,3% em IPSS, 6,7% em Escolas, 6,7% em Centros de Saúde, 6,7% em Centros de Saúde e Clinicas Particulares, 6,7% em Hospitais e IPSS, e por fim 6,7% numa Residência Assistida.

Pergunta 1: “O que é para si o Bruxismo, enquanto entidade nosológica?”

Relativamente à primeira questão sobre a definição de Bruxismo, enquanto entidade nosológica, os marcadores mais mencionados pelo grupo dos Médicos Dentistas foram *Apertar dos Músculos Mastigatórios* e *Hábito Parafuncional* (35%), seguido do marcador, *Componente Psicológica* (30%). No grupo de Terapeutas da Fala o marcador com maior preponderância foi, *Ranger dos dentes* (35%), seguido dos marcadores *Hábito Parafuncional* (34%) e *Desgaste Dentário* (31%). Enquanto no grupo dos Psicólogos o marcador mais mencionado foi *Ranger dos Dentes* (42%), seguido dos marcadores *Tensão do Foro Emocional* (35%) e o *Descarregar de Emoções Contidas* (23%), (Figura 11).

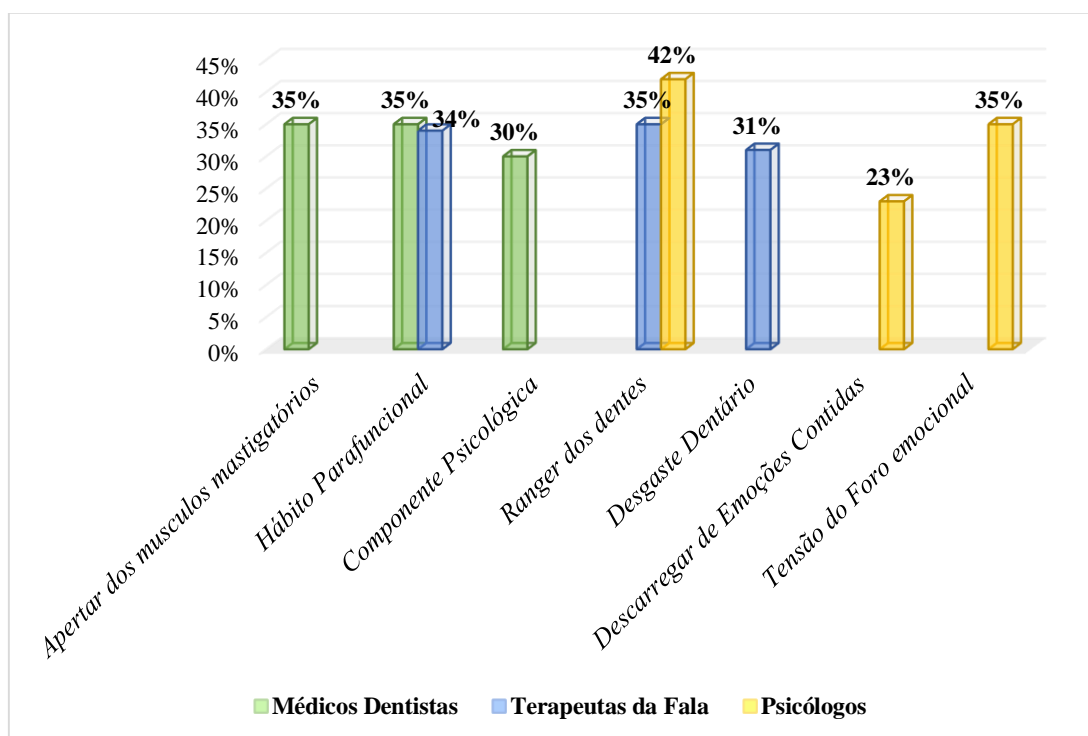


Figura 11: Distribuição de Frequências- Questão Final 1.

Ao compararmos as respostas facultadas por cada grupo profissional, constatamos que o grupo dos Médicos Dentistas e o grupo dos Terapeutas da Fala parecem concordar que o Bruxismo é um *Hábito Parafuncional*. O grupo dos Psicólogos e dos Terapeutas da Fala também estão de acordo quando definem o Bruxismo como o *Ranger dos Dentes*. É ainda importante fazer uma ressalva aos marcadores identificados no grupo dos Psicólogos, que como se pode observar no gráfico acima (Figura 11), foi o único grupo que na definição de Bruxismo incluiu especificamente a *Componente Emocional*. É interessante verificar que o Bruxismo é definido com uma diferenciada linguagem, entre os três grupos profissionais relacionados, contudo, o significado das definições adotadas parece ir implicitamente ao encontro da definição de Bruxismo suportado na literatura científica consultada, que o define como um Hábito Parafuncional, em que ocorre a repetição de um ato de apertamento, fricção ou atrito, sem finalidade funcional, sentido como “agradável” para o indivíduo, apesar de gerador de um aumento de tensão da musculatura orofacial. De acordo com alguns autores constitui-se como uma resposta emocional quando existe um excesso de tolerância fisiológica individual (Behr et al., 2012; Gama et al., 2013; Johanns et al., 2011; Lobbezso et al., 2013; Silva & Cantisano, 2009).

Pergunta 2: “Como define o Bruxismo diurno e o Bruxismo associado ao período de sono?”

Na segunda questão, subdividimos os marcadores para o Bruxismo diurno e Bruxismo associado ao período de sono, tal como foi feito no âmbito da análise das entrevistas exploratórias.

Para o Bruxismo diurno, no grupo dos Médicos Dentistas o marcador mais mencionado foi *Apertar os dentes* (39%), seguido do marcador *Consciente* (33%) e *Stress diário* (28%). Enquanto no grupo dos Terapeutas da Fala o marcador mais citado foi *Componente Emocional* (37%), seguido do marcador *Não sei* (27%) e dos marcadores *Consciente* e *Apertar os Músculos Mastigatórios* (18%). Por outro lado, o grupo de Psicólogos considerou que o Bruxismo diurno é uma *Ato Involuntário* (70%), seguido do marcador *Não sei* (18%) e do marcador *Contenção de Emoções* (12%), (figura 12).

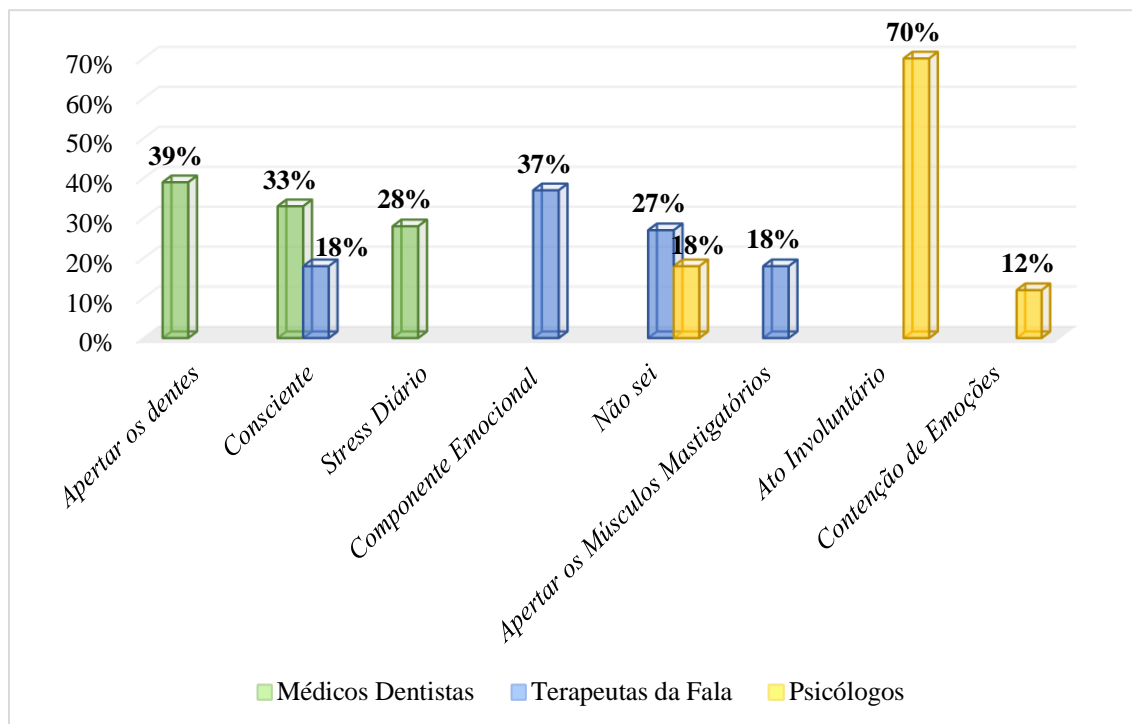


Figura 12: Distribuição de Frequências- Questão Final 2: Bruxismo Diurno.

No Bruxismo conotado com o período de sono, o marcador que assume maior preponderância para o grupo dos Médico Dentistas é *Ranger dos dentes* (47%) seguido dos marcadores *Descarregar de emoções* (27%), *Inconsciente* e *Incontrolável* (13%). No grupo de Terapeutas da Fala o marcador com maior prevalência é a conceção de que o Bruxismo é um ato *Inconsciente* (56%), seguido dos marcadores *Descarregar de Emoções* (25%) e *Não sei* (19%). Para os Psicólogos o marcador mais mencionado foi *Ato Involuntário* (80%), seguido do marcador, *Não Sei* (20%), (figura 13).

Ao analisarmos esta segunda questão, verificamos que existe uma percentagem de Profissionais de Saúde (Terapeutas da Fala e Psicólogos) entrevistados que parecem não estar elucidados sobre a distinção entre Bruxismo Diurno e entre Bruxismo associado ao período de sono. Apesar desta constatação, a definição relatada pelos restantes profissionais entrevistados a estas duas entidades clinicas parece ir ao encontro do que é referido na literatura científica, no que diz respeito a estas duas entidades podendo manifestar-se em diferentes estados de consciência, ocorrendo quer no período diurno como durante o sono, configurando-se como uma atividade involuntária caracterizada pelo ranger e/ou apertar dos dentes, associada a uma componente emocional (Bader & Lavigne, 2000; Gama et al., 2013; Palinkas et al., 2014). Num estudo recente de Klasser, Rei e Lavigne, (2015), emerge um novo paradigma no que se refere ao

Bruxismo associado ao período do sono (B.A.P.S.). De acordo com estes autores o Bruxismo do sono é considerado principalmente um distúrbio de movimento, em que fatores puramente mecânicos ou Psicossociais, deixam de ter tanta prevalência e múltiplos processos fisiológicos, começam a ter, assim um maior significado, contudo, ainda parecem ser necessários mais estudos no âmbito desta problemática, de forma a que os Profissionais de Saúde possam estar despertos para o estudo de novas dimensões que sustentam a compreensão da prática clínica desta entidade nosológica.

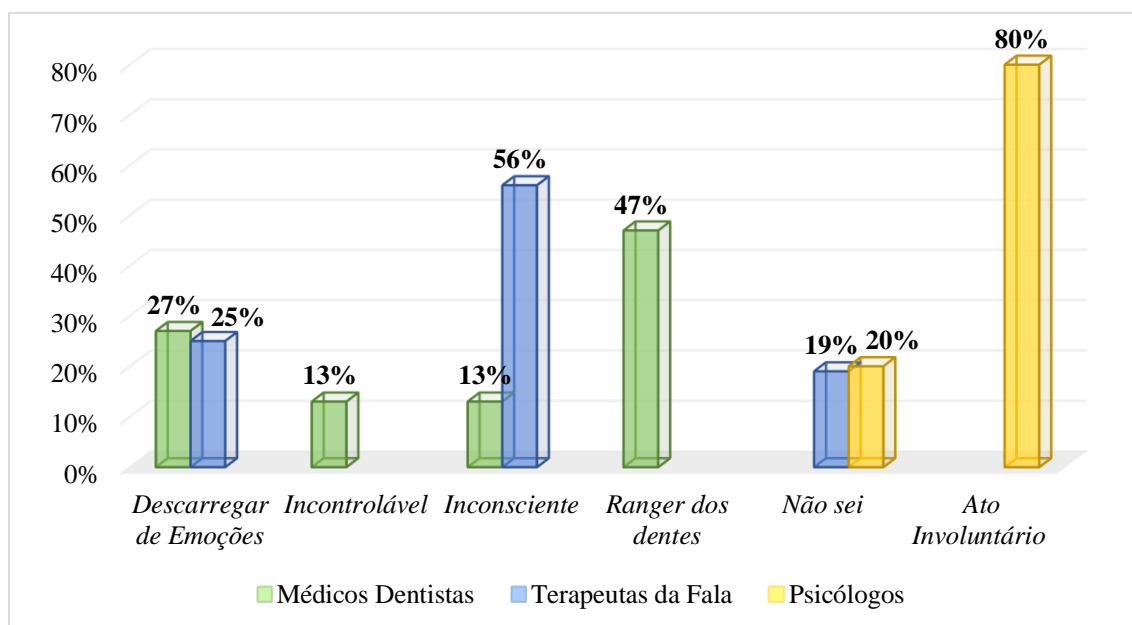


Figura 13: Distribuição de Frequências - Questão Final 2: B.A.P.S.

Pergunta 3: “Quais os critérios sintomáticos mais relevantes na elaboração do diagnóstico de um paciente Bruxista?”

No que concerne à terceira questão o marcador *Desgaste Dentário*, assume prevalência nos critérios sintomáticos mais relevantes ao nível da elaboração do diagnóstico do paciente Bruxista, no grupo dos Médicos Dentistas (34%), e dos Terapeutas da Fala (36%). Os marcadores *Dor Orofacial e Tensão Aumentada dos Músculos Orofaciais* (25%) foram os segundos mais relevantes para os Médicos Dentistas seguido do marcador *Cefaleias* (16%), enquanto para os Terapeutas da Fala, o marcador *Dor Orofacial* (29%) foi o segundo mais mencionado, seguido dos marcadores *Tensão Aumentada dos Músculos Orofaciais* (19%) e *Cefaleias* (16%). No grupo dos Psicólogos, o marcador que assume maior relevância é a *Ansiedade* (35%), seguido do marcador *Agressividade Contida* (29%), e dos marcadores *Baixa-Auto-Estima* (18%) e *Perturbações do Comportamento Alimentar* (18%), (Figura 14).

Ao compararmos os três grupos profissionais, sobre os critérios sintomáticos que consideram mais relevantes na elaboração do diagnóstico nosológico do paciente Bruxista, verificamos que o critério com maior valor percentual é o *Desgaste Dentário*, e que assume preponderância ao nível das respostas dadas pelo grupo dos Médicos Dentistas e dos Terapeutas da Fala. No entanto, são ainda citados outros critérios como as *Cefaleias*, a *Dor Orofacial* e a *Tensão a nível dos Músculos Orofaciais*, embora com valores percentuais inferiores, o que parece ir ao encontro do referido por alguns autores no que concerne à sintomatologia associada ao Bruxismo (Behr et al., 2012; Diniz et al., 2009; Lavigne et al., 2008; Rodrigues et al., 2006). Todavia revela-se como muito pertinente fazer uma ressalva entre os critérios sintomáticos referidos pelos Médicos Dentistas e Terapeutas da Fala, em comparação com os referidos pelos Psicólogos. Este último grupo profissional parece ter uma perspetiva algo isolada nesta análise, ao mencionarem apenas fatores relacionados com a componente psicológica do indivíduo, como a *Ansiedade*, a *Agressividade Contida*, a *Baixa Autoestima*, e por último as *Perturbações do Comportamento Alimentar*. Na verdade, o Bruxismo parece ter uma componente emocional associada, e está manifestamente descrito em vários estudos, dependendo da forma como o Bruxismo se manifesta, podendo ser observados diferentes sinais e sintomas, nomeadamente efeitos a nível comportamental e psicológico (Busanello-Stella et al., 2011; Cestari & Camparis, 2002; Gungormus & Erciyas, 2009; Lavigne et al., 2008; Molina et al., 2002; Rodrigues et al., 2006). É ainda interessante constatar que o grupo, dos Médicos Dentistas e dos Terapeutas da Fala, parecem ter uma perspetiva sobre a sintomatologia do Bruxismo direcionada para a componente neurofisiológica, enquanto os Psicólogos parecem dar um maior destaque à componente Psicossocial, no que se refere à sintomatologia do Bruxismo. Outro dado curioso mencionado pelos sujeitos que constituem o grupo dos Psicólogos são as *Perturbações do Comportamento Alimentar*, o que até ao momento não se encontra descrito em nenhum estudo, podendo esta ser uma temática interessante para investigações futuras.

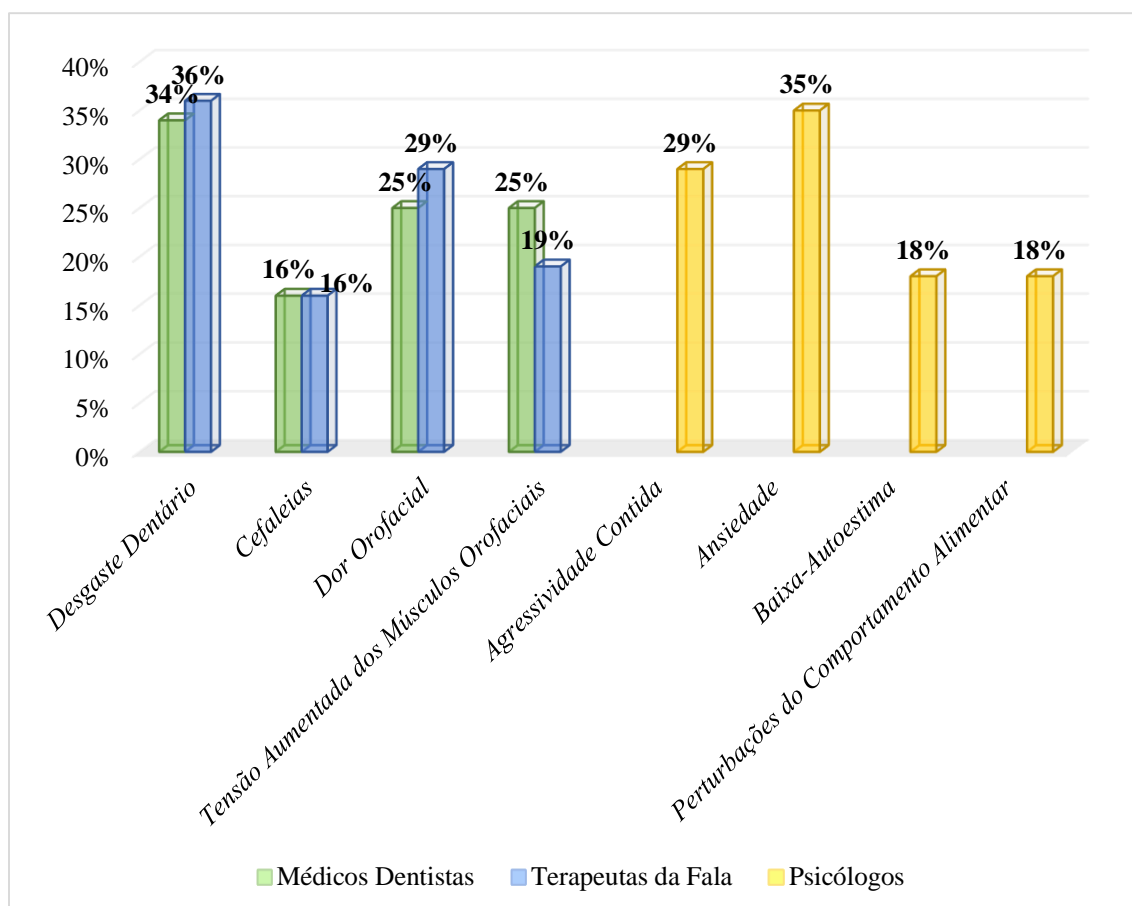


Figura 14: Distribuição de Frequências - Questão Final 3.

Pergunta 4: “Sendo o Bruxismo uma Doença Multifatorial, considera que o despiste inicial desta patologia é da competência exclusiva do Médico Dentista? Porquê?”

Na quarta questão, verificamos que os grupos profissionais entrevistados não parecem ter o mesmo parecer sobre quem deve efetuar o “despiste inicial” do Bruxismo. Dos 15 Médicos Dentistas entrevistados 73% considera que o despiste inicial não é da exclusiva responsabilidade do Médico Dentista, porém 27% consideram que o despiste do Bruxismo é uma competência exclusiva do Médico Dentista. Para o grupo de Terapeutas da Fala essa competência não é da exclusiva competência do Médico Dentista, com uma percentagem de 100%. O grupo dos Psicólogos também não parece ser unânime na resposta, sendo que 87% consideram que o despiste não é da exclusiva responsabilidade do Médico Dentista e 13% consideram que essa é uma responsabilidade adstrita a este Profissional de Saúde (Figura 15).

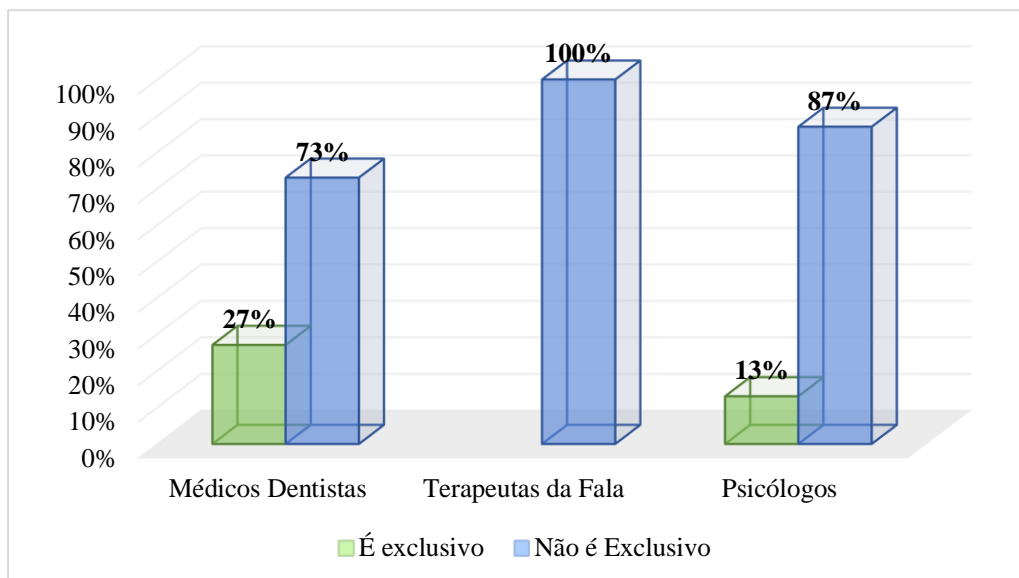


Figura 15: Distribuição de Frequências - Questão Final 4 (Excl. /Não Excl. MD).

As razões apontadas pelos Médicos Dentistas ao considerarem que o despiste inicial desta patologia não é da sua exclusiva responsabilidade, remetem para a frequência de referência a outros marcadores, sendo que os que assumem maior preponderância são o *Médico de Família* e o *Psicólogo* (29%), seguidos do marcador *Abordagem Multiprofissional* (28%) e *Doença Multifatorial* (14%), (Figura 16). Por outro lado, os Médicos Dentistas que consideram ser sua exclusiva responsabilidade o despiste inicial do Bruxismo, apontam como única razão o facto de que o *Médico Dentista é quem mais precocemente pode identificar o Bruxismo* (100%) (Figura 17). Os Terapeutas da Fala como mencionado acima, consideram que o despiste inicial do Bruxismo não é da exclusiva responsabilidade do Médico Dentista e as razões apontadas traduzem-se na frequência de marcadores, sendo que este grupo profissional considera que o *Médico Dentista* (41%) deve estar sempre envolvido no diagnóstico do Bruxismo, embora o despiste possa ser efetuado no âmbito de uma *Abordagem Multiprofissional* (42%), porque se trata de uma *Doença Multifatorial* (17%) (Figura 16). O grupo dos Psicólogos tal como acontece no grupo dos Médicos Dentistas, também não reúne uma opinião consensual sobre quem deve efetuar o despiste inicial do Bruxismo (Figura 15). As razões apontadas pelos sujeitos entrevistados que se identificam na frequência de marcadores, prendem-se com o facto mais mencionado, de que o diagnóstico deve ser realizado através de uma *Abordagem Multiprofissional* (34%), e pelo facto de ser uma *Doença Multifatorial* (25%). Os marcadores que se seguiram com uma maior frequência de respostas foram o *Psicólogo* (23%) e o *Médico Dentista* (20%) (Figura 16). No que

se refere às razões apontadas pelos sujeitos que se constituem no grupo dos Psicólogos, para que o diagnóstico seja da exclusiva responsabilidade do Médico Dentista, prendem-se com o pressuposto associado às *Repercussões Orais do Bruxismo* (100%) (Figura 17).

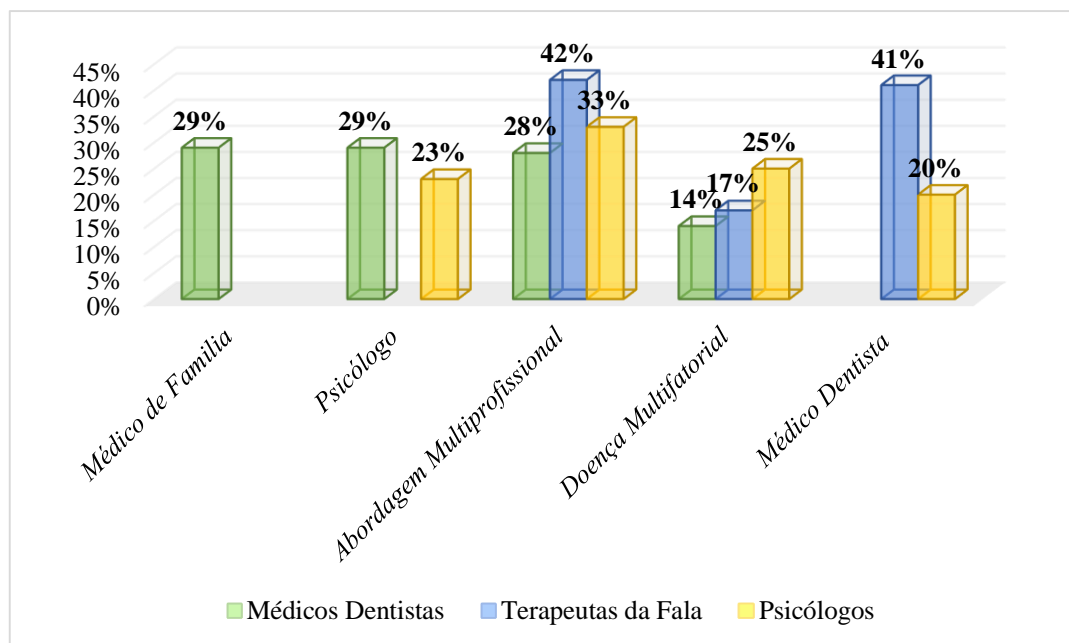


Figura 16: Distribuição de Frequências - Questão final 4 (Não Exclusivo do MD).

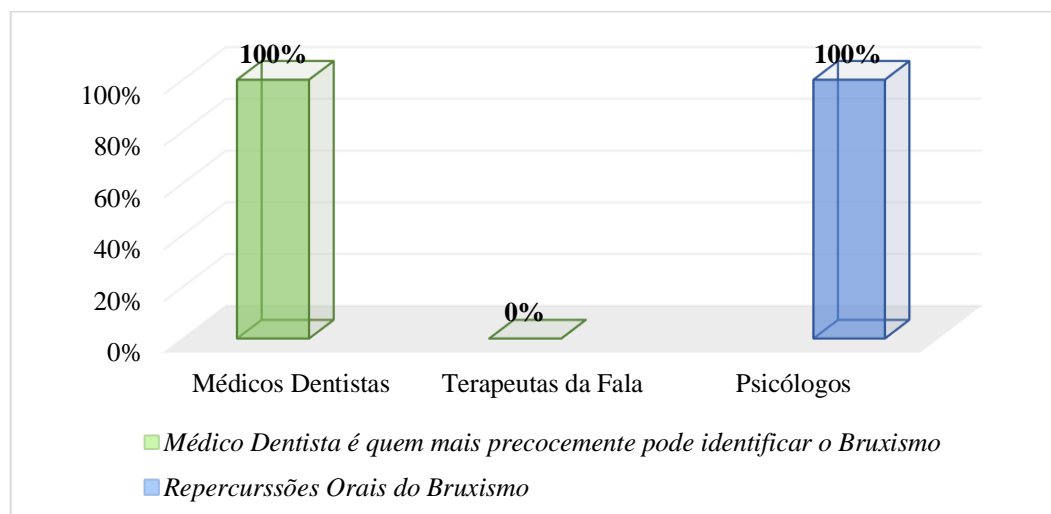


Figura 17: Distribuição de Frequências – Questão Final 4 (Exclusivo do MD).

Da análise da questão 4, podemos concluir que os três grupos profissionais parecem não estar de acordo, sobre quem deverá fazer o despiste inicial do Bruxismo. Todavia a maioria dos sujeitos considera que o diagnóstico não deverá ser da exclusiva responsabilidade do Médico Dentista, e bem como existem outros grupos profissionais que poderão estar habilitados a fazer o diagnóstico inicial, tais como o Médico de Família e o Psicólogo, embora na literatura consultada venham descritos outros grupos

Profissionais considerados habilitados para fazer este diagnóstico, tais como o Terapeuta da Fala, o Psiquiatra, o Fisioterapeuta e o Neurologista (Mieszko et al.,2014; Paesani et al.,2013). Apesar disto, os Profissionais de Saúde entrevistados, e que consideram que este papel não é da exclusiva responsabilidade do Médico Dentista são unânimes em afirmar que a abordagem clínica e terapêutica deve ser *Multiprofissional*, por se tratar de uma Doença de etiologia *Multifatorial*.

Pergunta 5:”Considerando a problemática do Bruxismo, consegue delinear um perfil Biopsicossocial destes pacientes?”

Relativamente à quinta questão, os marcadores selecionados como *Indivíduos com dificuldade de gestão do stress* e *Indivíduos mais ansiosos* (32%) assumem preponderância ao nível da caracterização do perfil Biopsicossocial dos pacientes Bruxistas para os Médicos Dentistas entrevistados, reforçando a ideia do que foi sugerido pelos entrevistados na fase exploratória deste estudo, ao reafirmarem que o Bruxismo pode ser influenciado por determinantes psicológicos. Os segundo e terceiro marcadores mais mencionados por este grupo profissional foram a *Agressividade Contida* (22%) e as *Emoções Contidas* (14%) o que enfatiza a ideia anterior, e mais uma vez parece ir ao encontro do objeto de estudo da investigação, ao acentuar a ideia de que o Bruxismo é uma entidade clínica que deverá ser entendida para além da componente neurofisiológica (Figura 18).

No grupo constituído pelos Terapeutas da Fala, os marcadores que emergem com maior prevalência assumem que os pacientes Bruxistas parecem ser *Indivíduos mais Ansiosos* (42%), e *Indivíduos com dificuldade de gestão do stress* (23%), revelando-se o número superior de frequência de respostas em comparação com o grupo dos Médicos Dentistas, para o marcador que envolve a *Ansiedade*. O terceiro marcador mais mencionado foi o de *Indivíduos Introversos* (19%), o que poderá ser entendido em que pacientes Bruxistas são mais tímidos e reservados, denunciando uma tendência marcada para as *Emoções Contidas* (16%), sendo também este marcador mencionado, nos dois grupos entrevistados (30%), (Figura 18). No grupo dos Psicólogos o marcador que assume maior preponderância a nível da caracterização do perfil Biopsicossocial foi o perfil de *Indivíduos mais Ansiosos* (34%), seguido dos marcadores *Agressividade Contida* (29%), *Indivíduos com Baixa Autoestima* (20%) e *Indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar* (17%), (Figura 18).

No caso concreto da caracterização do Perfil Biopsicossocial dos pacientes Bruxistas, a componente Psicossocial parece assumir uma importância relevante ao nível dos três grupos profissionais entrevistados, sendo que, o perfil de *Indivíduos mais Ansiosos* é mencionado pelos Médicos Dentistas, Terapeutas da Fala e Psicólogos, o que vai ao encontro do referido na literatura científica, de que parece existir uma associação marcante entre Bruxismo e altos níveis de ansiedade (Cestari & Camparis, 2002; Manfredini & Lobbezoo, 2009; Molina et al., 2006). Os Psicólogos e os Terapeutas da Fala também reportam o fato destes indivíduos poderem manifestar alguma *Agressividade Contida*, o que parece ser uma ideia fortemente fundamentada na literatura consultada, ao referir que o Bruxismo é visto como um mecanismo de evidente autoagressão, que tende a descarregar a agressividade latente através do aparelho estomatognático (Gama et al., 2013; Gonçalves et al., 2010; Rodrigues et al., 2006; Seger, 2002). De modo algo isolado, mas não menos relevante, emerge o perfil de *Indivíduos Introversos*, mencionado pelo grupo de Terapeutas da Fala, *Indivíduos com baixa Auto-Estima*, e *Indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar*, sendo estes dois últimos perfis mencionados apenas pelo grupo de Psicólogos. Ao consultarmos o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - V (American Psychiatric Association, 2013), verificou-se que estes indivíduos são caracterizados pela imagem distorcida que têm de si mesmos, a baixa autoestima, e muitos deles manifestam sintomas depressivos, como humor depressivo, isolamento social, irritabilidade e diminuição do interesse pelas atividades de vida diárias, e além disto ainda pode surgir uma diminuição da espontaneidade social.

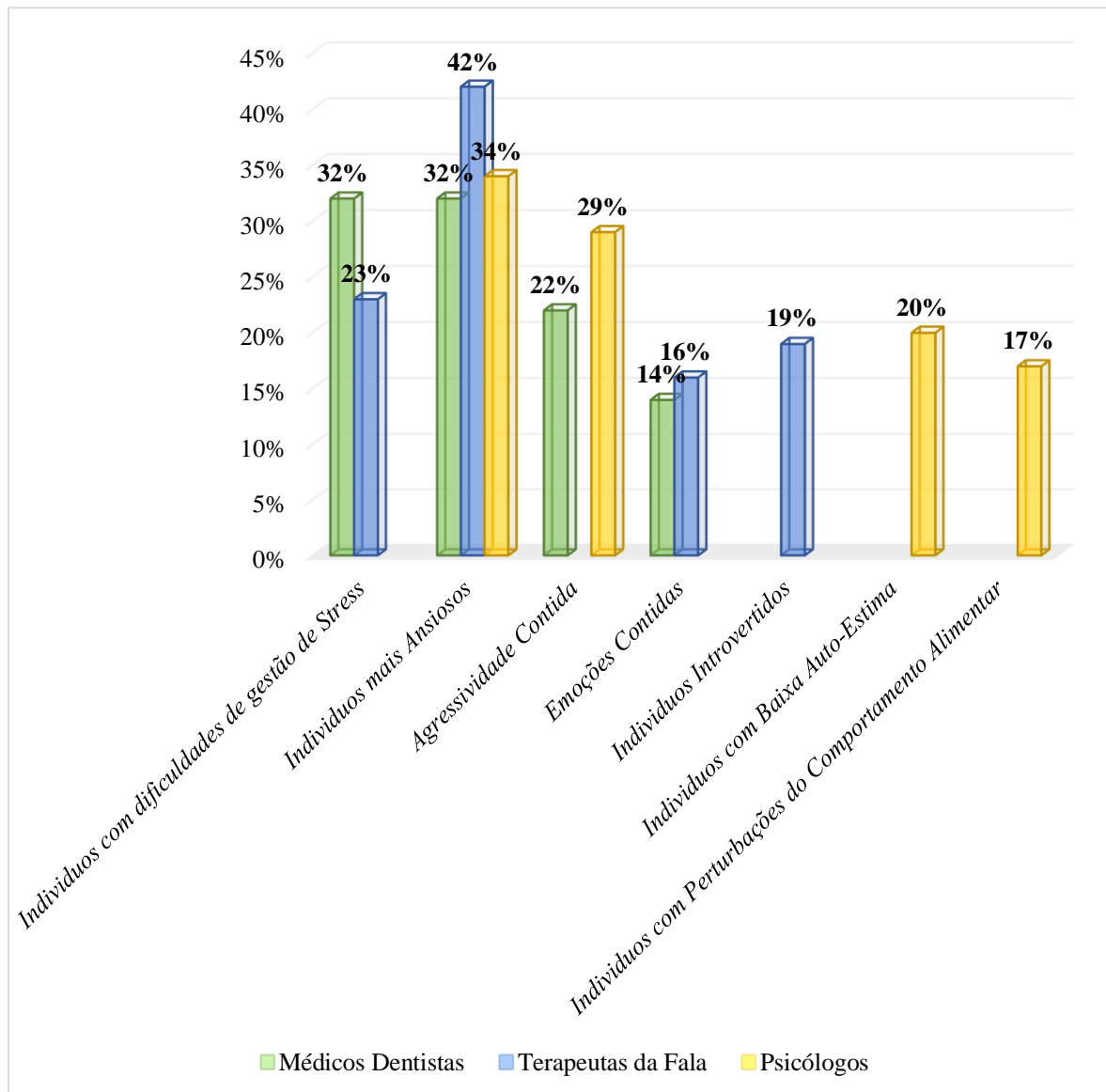


Figura 18: Distribuição de Frequências - Questão Final 5.

Pergunta 6: “Quais os fatores etiológicos, que considera estarem envolvidos no Bruxismo como entidade Biopsicossocial?”

Na sexta questão os marcadores mais mencionados e que assumiram maior predomínio para o grupo de Médicos Dentistas e para o grupo dos Terapeutas da Fala, foram o *Stress* e a *Ansiedade*, embora com uma frequência de respostas diferenciadas entre estes dois grupos (Figura 19). Deste modo parece ter sido mais uma vez reforçado o mencionado na fase das entrevistas exploratórias, ao revelarem de que o Bruxismo tem uma expressão que vai muito além da atividade funcional da cavidade oral. O marcador de *Má oclusão*, embora com menor frequência de respostas, também foi mencionado por ambos os grupos. Estes dois grupos apontam, ainda mais dois possíveis

fatores etiológicos, que poderão estar envolvidos no Bruxismo como entidade Biopsicossocial, nomeadamente os *Fatores Emocionais* para o grupo de Terapeutas da Fala e a *Alimentação Desequilibrada* para os Médicos Dentistas (Figura 19).

No grupo dos Psicólogos o marcador que assume maior preponderância na etiologia do Bruxismo são os *Fatores Emocionais* (32%), seguido do marcador, *Multifatorial* (29%), e dos marcadores *Ansiedade* (21%) e *Famílias Disfuncionais* (18%) (figura 19).

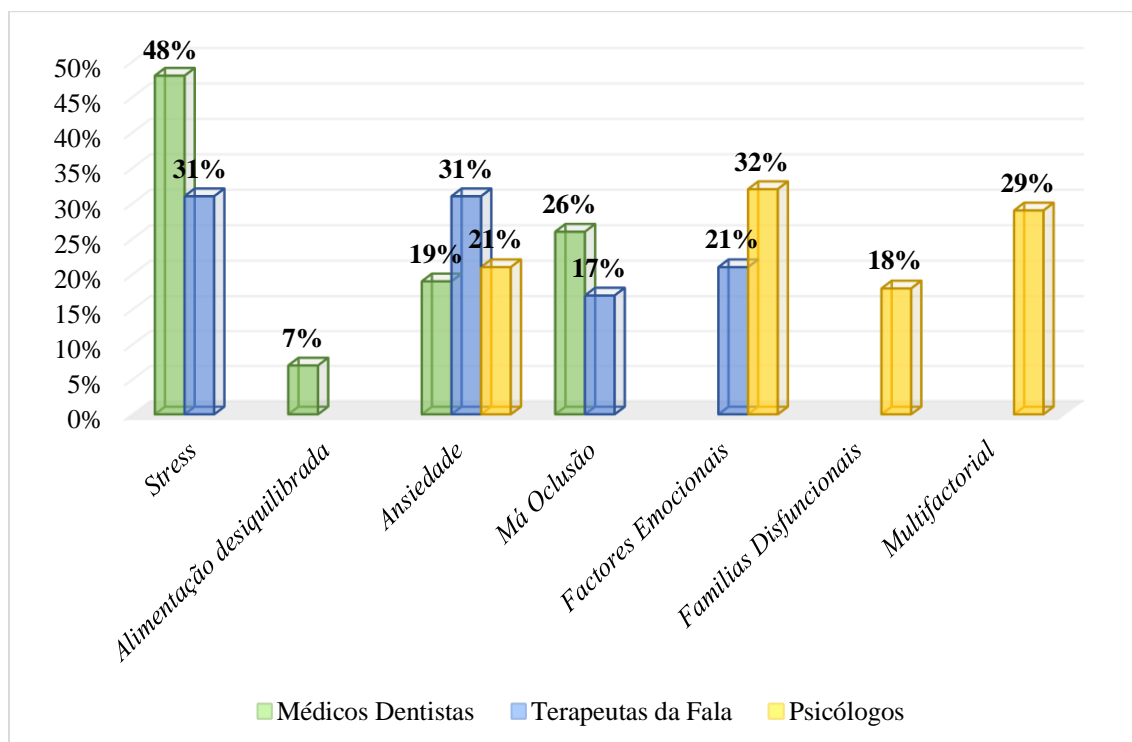


Figura 19: Distribuição de Frequências - Questão Final 6.

Sendo o Bruxismo uma Doença *Multifatorial* como vem sendo descrito na literatura científica, é curioso constatar que apenas o grupo dos Psicólogos tenha mencionado o marcador *Multifatorial*, embora se possa observar que os três grupos profissionais sugeriram diversidades etiológicas, quer a nível fisiológico como Psicossocial. O grupo dos Médicos Dentistas e dos Terapeutas da Fala, enumeram uma variedade de possíveis causas etiológicas, sendo que, qualquer uma das etiologias referidas está amplamente descrita na literatura consultada (Almeida et al., 2011; Ranger et al., 2011; Seger, 2002; Rodrigues et al., 2006). O fator etiológico que assume maior preponderância é o *stress*, o que parece ir ao encontro do que é descrito na literatura, referindo que os fatores locais como a má oclusão, parecem estar a perder a sua relevância etiológica, enquanto os fatores cognitivo-comportamentais como o stress, a ansiedade e os traços de personalidade parecem estar estão a ganhar “terreno” para uma maior atenção na prática

clínica (Gama et al., 2013; Garcia et al., 2014). Apesar dos dados obtidos, importa salientar que as hipóteses mais atuais para a etiologia do Bruxismo, apontam para fatores a nível do SNC autónomo na génese do Hábito Parafuncional (Klasser et al., 2015), e fatores outrora marcantes como o *stress* parecem estar a perder algum impacto etiológico, existindo estudos que algures contrariam esta hipótese, como é o caso do estudo realizado por Maluly, Andersen, Dal-Fabbro, Bittencourt e Siqueira (2013), em que os autores concluem não existir nenhuma associação entre o Bruxismo do Sono, a ansiedade e o *stress*, no entanto denunciam uma associação entre o Bruxismo do Sono e queixas de insónia. Contudo apesar desta constatação inovadora há outros estudos que referem que o Bruxismo pode ser uma resposta ao *stress* diário e a fatores Psicossociais (Abekura et al., 2013; Giraki et al., 2010).

Pergunta 7: "Qual a abordagem terapêutica que considera estar mais indicada ao nível da intervenção destes pacientes? "

Na sétima questão o marcador mais mencionado no grupo de Médicos Dentistas foi a *Goteira de Relaxamento* (37%), sugerindo que a abordagem inicial ao paciente Bruxista poderá ser efetuada ao nível da cavidade oral. Curiosamente o segundo marcador mais citado por este grupo profissional foi a *Encaminhamento para o Psicólogo* (33%), o que poderá ser indiciador de que os Médicos Dentistas consideram que a Abordagem Terapêutica ao paciente Bruxista deverá ser de natureza Multiprofissional de modo a minimizar os danos provocados. Os marcadores *Correção de Problemas Dentários* (17%) e *Consciencializar o paciente do seu problema* (13%) surgem a seguir, com uma frequência de respostas menor, mas que vai ao encontro que foi referido anteriormente (Figura 20).

No grupo dos Terapeutas da Fala os marcadores mais mencionados foram o *Encaminhamento para o Médico Dentista* (37%) os *Exercícios de Relaxamento da Musculatura Orofacial* (33%) e o *Encaminhamento para o Psicólogo* (30%), o que sugere que tal como no grupo de Médicos Dentista, os Terapeutas da Fala entrevistados também consideram que a Abordagem Terapêutica mais indicada para estes pacientes é a Abordagem Multiprofissional (Figura 20).

No grupo de Psicólogos entrevistados, o marcador mais mencionado foi a *Psicoterapia* (46%), seguido dos marcadores *Abordagem Multidisciplinar* (35%) e a *Goteira de Relaxamento* (19%) (Figura 20).

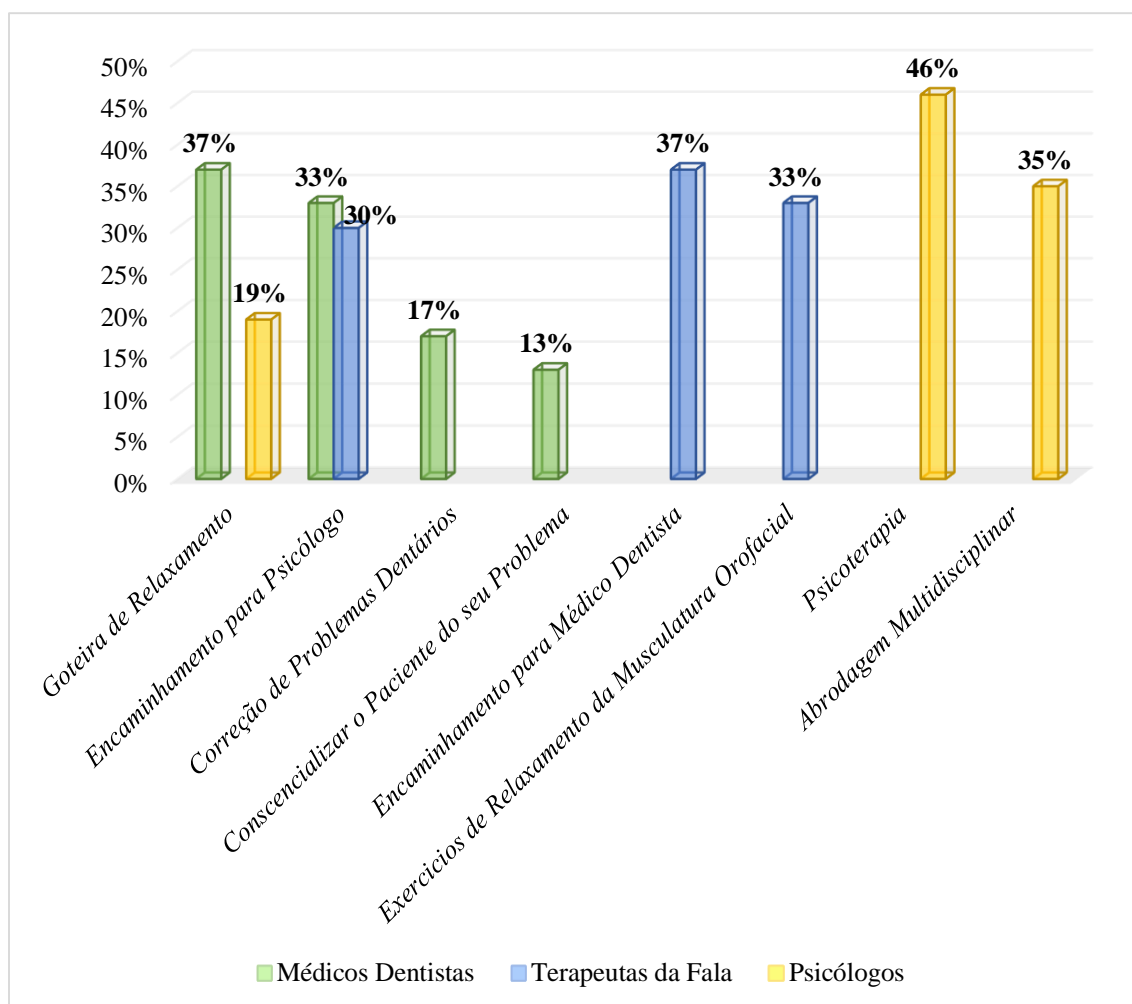


Figura 20: Distribuição de Frequências - Questão final 7.

Com a sétima pergunta pretendíamos perceber qual a abordagem terapêutica que estes três grupos profissionais consideram mais indicada ao nível da intervenção destes pacientes, e simultaneamente, perceber se o tratamento preconizado era diferenciado. Da análise em questão verificamos que o sugerido pelos entrevistados neste grupo profissional parece ir ao encontro de uma Abordagem Multidisciplinar, no sentido de ser feita uma intervenção com recurso a vários tratamentos terapêuticos que vão ao encontro das competências interprofissionais dos grupos entrevistados. Segundo alguns autores o tratamento do Bruxismo deve envolver várias especialidades terapêuticas, e de entre essas especialidades, emerge o Médico Dentista, o Psicólogo e o Terapeuta da Fala (Almeida et al., 2011; Mieszko et al., 2014; Paesani et al., 2013; Pereira et al., 2006; Silva & Cantissano, 2009). Na realidade nenhuma intervenção terapêutica se tem mostrado totalmente eficaz no tratamento do Bruxismo. As diferentes abordagens denunciam uma diminuição das consequências nocivas do Bruxismo, mas um

tratamento deveras eficaz não é descrito, até ao momento na literatura. Contudo, estratégias de natureza comportamental, que incluem a Prevenção dos Fatores de Risco, as Técnicas de Relaxamento, as Terapias Comportamentais e Cognitivas, a Hipnoterapia e o *Biofeedback*, podem ser usadas, apesar da maioria destas estratégias descritas não sejam suportadas por estudos controlados até ao momento (Klasser et al., 2015).

Pergunta 8: "Em algum momento da sua prática clínica, considerou importante pedir a participação de outros grupos de profissionais, no sentido de ser feita uma Abordagem Terapêutica Multidisciplinar ao paciente Bruxista?"

Na oitava questão constatamos que no grupo constituído pelos Médicos Dentistas, todos consideram importante instituir uma Abordagem Multidisciplinar ao paciente Bruxista, verificando-se que o marcador mais mencionado foi o *Sim* (100%), no entanto, no grupo de Terapeutas da Fala, um dos entrevistados respondeu que *Não* (7%), embora considere que possa fazer o encaminhamento para outras especialidades, caso assim se justifique. O grupo dos Psicólogos respondeu que *Sim*, pois em 80% dos casos de Bruxismo que acompanharam psicoterapêuticamente fizeram o encaminhamento para outras especialidades terapêuticas; os Psicólogos que responderam que *Não* (20%), afirmaram que não sentiram essa necessidade porque os pacientes já vinham encaminhados para a consulta de psicologia através do Médico Dentista (Figura 21). Com a presente análise de resultados podemos afirmar que a maioria dos profissionais entrevistados considera importante a participação de outros grupos profissionais, no sentido de ser feita uma Abordagem Terapêutica Multidisciplinar ao paciente Bruxista, fato este, que parece mais uma vez ir ao encontro do que é sugerido por vários autores, ao referirem que o tratamento do Bruxismo deve ser de natureza Multiprofissional, de modo a proporcionar uma melhoria na qualidade de vida da Pessoa-Doente (Almeida et al., 2011; Mieszko et al., 2014; Rangel et al., 2011).

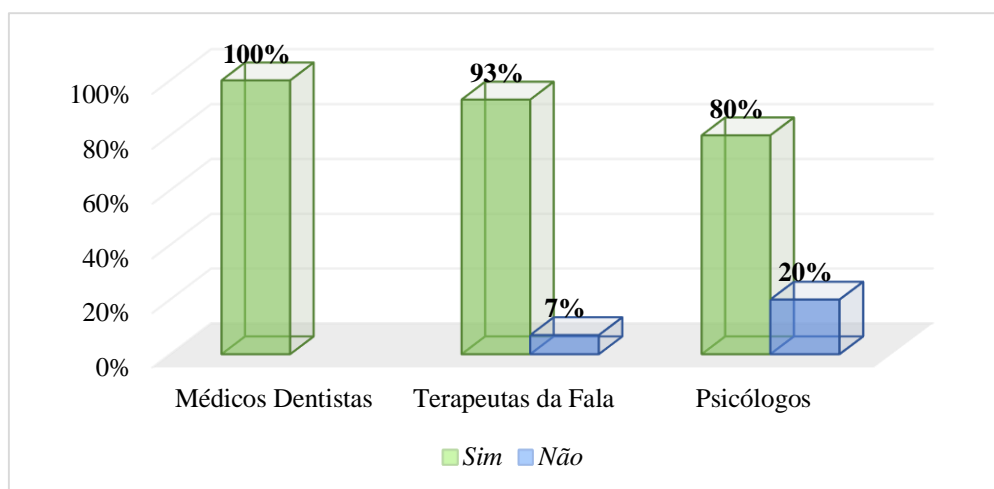


Figura 21: Distribuição de Frequências - Questão Final 8 (Sim/Não).

No grupo de Médicos Dentistas entrevistados, 52% afirmaram que já pediram a participação de outros grupos profissionais, sendo o *Psicólogo*, a classe profissional para a qual fizeram mais encaminhamentos, seguido do *Médico de Família* (19%), o *Psiquiatra* (15%), a/o *Terapeuta da Fala* (7%) e *Osteopata* (7%), (Figura 22).

Para o grupo dos Terapeutas da Fala o marcador que aparece eleito é a figura do *Médico Dentista* (48%), seguido do marcador *Psicólogo* (26%), *Fisioterapeuta* (11%), *Médico de Família* (8%) e *Psiquiatra* (7%), (Figura 22).

Os Psicólogos entrevistados afirmaram já terem feito o encaminhamento para o *Médico Dentista* (73%), e os restantes entrevistados (27%) dizem trabalhar em Instituições com recurso a uma *Equipa Multidisciplinar* (27%), (Figura 22).

Após termos constatado que os três grupos profissionais entrevistados consideram uma mais-valia a Abordagem *Multidisciplinar*, procuramos saber a que classes profissionais os entrevistados, já tinham pedido cooperação profissional, no sentido de ser feita uma Terapêutica Multidisciplinar ao paciente Bruxista. Da análise do gráfico (Figura 21), observamos que o *Médico Dentista* é o Profissional de Saúde que assume maior valor percentual, sendo mencionado em supremacia, pelos Psicólogos e Terapeutas da fala, o que nos leva a pressupor que este Profissional de Saúde é uma “peça-chave” na Abordagem Terapêutica destes pacientes. O segundo Profissional que assume um maior valor percentual é o *Psicólogo*, sendo mencionado pelos Médicos Dentistas e Terapeutas da Fala, embora com um valor percentual inferior, surge o *Médico de Família*, que poderá constituir-se também no terreno, um elemento importante no tratamento desta entidade de etiologia Multifatorial, que é o Bruxismo. Ao compararmos os resultados obtidos no presente estudo com a literatura científica

consultada, no que concerne a esta questão, podemos constatar, mais uma vez que os Profissionais de Saúde parecem estar notoriamente despertos para a importância de uma Abordagem *Multidisciplinar*, (Figura 22). Ao confrontarmos os resultados obtidos com a literatura, observamos que as respostas obtidas vão ao encontro do que é mencionado por alguns autores relativamente aos grupos profissionais que poderão estar envolvidos no tratamento do Bruxismo, elegendo-se entre eles, o Médico Dentista, o Psicólogo, o Psiquiatra, o Neurologista, o Terapeuta da fala, e o Fisioterapeuta (Alfaya et al., 2013; Garcia et al., 2014; Mieszko et al., 2014; Rangel et al., 2011).

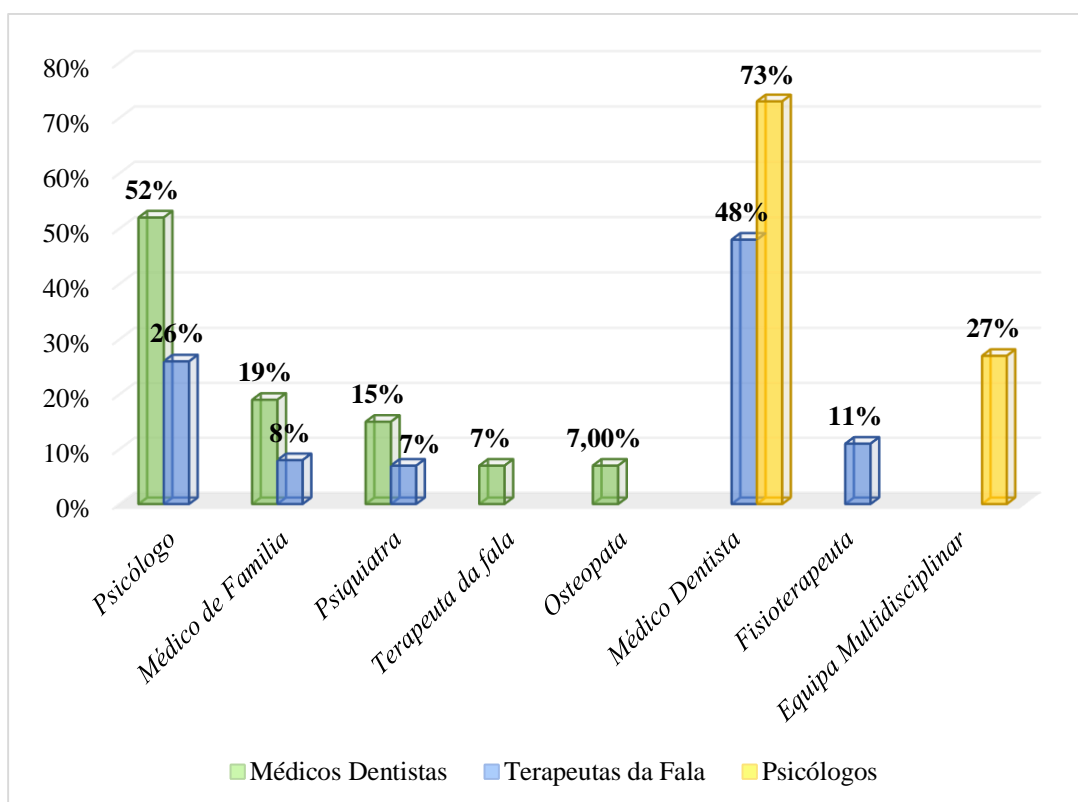


Figura 22: Distribuição de Frequências - Questão Final 8.

Pergunta 9: “Há alguma informação que considere relevante para esta investigação que gostasse de acrescentar a esta entrevista?”

Com esta última questão, pretendíamos averiguar se os sujeitos entrevistados consideravam pertinente acrescentar alguma informação sobre a temática da investigação que não tivesse sido abordado no decorrer das entrevistas efetuadas. No entanto, nenhum dos entrevistados, considerou ter dados informativos relevantes para acrescentar.

IV-CONCLUSÃO

Após termos concluído a análise dos resultados obtidos no presente projeto de pesquisa e, efetuada a respetiva discussão dos mesmos suportados na literatura científica consultada, consideramo-nos agora aptos a proceder à elaboração do Modelo Interpretativo, colhendo algumas conclusões do Modelo Analítico deste estudo.

No que se refere à definição de Bruxismo, enquanto entidade nosológica, verificamos que, de acordo com os grupos dos Profissionais de Saúde entrevistados - Médicos Dentistas, Psicólogos e Terapeutas da Fala- e, em concordância no que se refere a esta definição, a terminologia usada pelos Profissionais de Saúde entrevistados para descrever este Hábito Parafuncional se assume como muito diferenciada, o que poderá estar conotado com os pressupostos básicos associados à formação académica de base de cada um destes grupos profissionais. Curiosamente, releva-se o facto de, apenas o grupo profissional dos Psicólogos ter incluído a componente emocional ao nível da definição de Bruxismo.

Salienta-se também que, alguns Profissionais de Saúde, nomeadamente ao nível dos grupos profissionais dos Psicólogos e dos Terapeutas da Fala, quando questionados acerca das diferenças entre o Bruxismo diurno e o Bruxismo associado ao período de sono, não denunciarem ter conhecimentos teóricos sobre esta diferenciação. Contudo, apesar desta constatação, a maioria dos entrevistados consegue fazer a distinção entre estas duas entidades clínicas e envolver ambas as distinções com sustentáculos Biopsicossociais associados à Pessoa-Doente.

Podemos ainda concluir que, os Profissionais de Saúde entrevistados demonstraram ter opiniões divergentes sobre quem deve fazer o *despiste clínico* inicial do Bruxismo; Embora a maioria dos Profissionais de Saúde considere que esta *competência clínica* não é da exclusiva responsabilidade do Médico Dentista, fundamentam esta asserção com o fato do Bruxismo poder ser considerado uma Doença de etiologia Multifatorial que envolve paradigmas clínicos diferenciados. Apesar de apurarmos que os Profissionais de Saúde entrevistados considerem como intrínseca ao Modelo Biopsicossocial a etiologia Multifatorial do Bruxismo, a perceção subjetiva dos determinantes Biopsicossociais envolvidos parece não ser pregnante, na medida em que, quando questionados sobre os critérios sintomáticos que consideram mais relevantes para o diagnóstico desta entidade nosológica, verificamos que, tanto os Médicos

Dentistas como os Terapeutas da Fala, consideram apenas como mais significativo para o diagnóstico nosológico, o *desgaste dentário*. Curiosamente, constatamos que existem diferentes percepções entre os grupos profissionais dos entrevistados, no que concerne a esta questão: i) o grupo profissional dos Psicólogos enumerou estritamente a envolvimento dos determinantes Psicossociais, enquanto, ii) os Médicos Dentistas fazem, na sua maioria, referência aos determinantes Biomédicos, o que nos permite concluir que, quando é realizado um diagnóstico de um paciente Bruxista, estes grupos profissionais não parecem ter em consideração o constituinte Biopsicossocial intrínseco a esta entidade nosológica. Destaca-se, também, que o Perfil Biopsicossocial da Pessoa-Doente mais pautado, na generalidade, pelos entrevistados é descrito como envolvendo sujeitos predominantemente ansiosos, arrogando a componente Psicossocial uma elevada proeminência nesta caracterização.

No que concerne aos fatores etiológicos que podem estar envolvidos no Bruxismo como entidade Biopsicossocial, apuramos que o grupo profissional dos Psicólogos parece ter valorizado mais os fatores Psicossociais, enquanto os Médicos Dentistas e os Terapeutas da Fala destacaram etiológicamente determinantes Biopsicossociais. Contudo, merece especial destaque, o facto de que o fator etiológico mais mencionado por todos os grupos profissionais tenha sido o *stress* e a *ansiedade vivenciada*, o que nos leva a pressupor que, os Profissionais de Saúde possam de certa forma sobrevalorizar as questões emocionais associadas, descurando, por vezes, outras questões constituintes, como por exemplo, de natureza neurofisiológica. Com esta constatação logramos concluir que, embora os Profissionais de Saúde envolvidos nestes três grupos Profissionais tenham conhecimentos teórico-práticos sobre a etiologia do Bruxismo, os resultados obtidos apontam para a evidência de reiterarmos a conclusão de que, os Profissionais de Saúde entrevistados não parecem ter, na generalidade, uma percepção Biopsicossocial acerca da etiologia do Bruxismo.

Enfatiza-se, ainda, a Abordagem Terapêutica que os entrevistados consideraram mais designada-, uma Abordagem Terapêutica Multidisciplinar-, no sentido de ser constituída uma intervenção com recurso a uma panóplia terapêutica, daí que, no entender destes profissionais, devam estar envolvidas várias especialidades ao nível da prestação de cuidados de saúde. Procuramos, ainda, saber se os Profissionais de Saúde entrevistados já tinham sentido necessidade de recorrer a uma Abordagem Terapêutica Multidisciplinar, e podemos concluir que, na atualidade, esta abordagem se constitui

como uma preocupação notória da parte dos Médicos Dentistas, Terapeutas da Fala e Psicólogos, como forma de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos. Sublinha-se ainda que, os Terapeutas da Fala e os Psicólogos entrevistados consideram o *Médico Dentista* como uma “*peça-chave*” ao nível da Abordagem Terapêutica de suporte Multidisciplinar ao paciente Bruxista, sendo este profissional mencionado em supremacia face aos restantes grupos de Profissionais de Saúde reportados.

O presente estudo apresenta de certa forma, algumas limitações inerentes: i) o fato da amostra estudada não poder ser representativa da população dos Profissionais de Saúde envolvidos, pois devido a limitações cronológicas associadas ao plano de estudos desta pesquisa, não foi possível alargar o número de sujeitos da amostra; ii) Outro aspeto relevante, foi o *acaso* de alguns Profissionais de Saúde recusarem a sua participação no estudo, por alegarem que, ao assinarem o consentimento informado, o seu anonimato deixaria de estar salvaguardado e, em circunstância deste argumento, recusarem ser entrevistados; iii) Destaca-se, ainda, outro aspeto que poderia ter enriquecido o *tecido residual* desta investigação no que concerne à constituição da amostra do estudo, na medida em que, poderiam ter sido incluídos outros grupos profissionais, nomeadamente, Neurologistas, Fisioterapeutas e Médicos de Família, com distintas competências profissionais na abordagem ao indivíduo Bruxista.

Podemos acrescentar que esta pesquisa parece abrir horizontes para uma trajetória de futuras investigações sobre a Problemática do Bruxismo. A realidade associada à etiologia Multifatorial do Bruxismo, sugere assim, uma multiplicidade de novas propostas de investigação. Salienta-se, ainda, o contributo de uma informação singular dada pelos Psicólogos entrevistados, denunciando que, eventualmente, os indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar, são normalmente também diagnosticados como pacientes Bruxistas. Esta informação é muito peculiar porque parece acrescentar novos contornos a esta problemática, inaugurando, assim, novos caminhos para futuras investigações no âmbito da problemática associada ao Perfil dos indivíduos com Bruxismo.

Na sequência dos limites e alcances aqui considerados, este estudo empírico poderá então constituir-se como um ponto de partida para futuras investigações, com o objetivo de promover o aprofundamento do(s) objeto(s) de estudo que aqui apenas se iniciou.

V- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abekura, H., Gavish, A., Voikovitch, M., Emodi-Perlman, A. & Eli, L. (2011). Association Between Sleep Bruxism and Stress Sensitivity in an Experimental Psychological Stress Task, *BioMed Research International*, 32 (6), 395-399.
- Ahlberg K., Ahlberg, J., Könönen, M., Partinen, M., Lindholm, H & Savolainen, A. (2003). A Reported Bruxism and Stress Experience in Media Personnel with or without Irregular Shift Work. *Acta Odontologica Scandinavica*, 61 (5), 315-318.
- Alencar, M.J.S., Martins, B.M.C. & Vieira, B.N. (2014). A relação do Bruxismo com a dopamina. *Revista Brasileira de Odontologia*, 71 (1), 62-66.
- Alfaya, T.A., Zukowska, H.R., Uemoto, L., Oliveira, S.S.I., Martinez, O.E.R., Garcia, M.A.C. & Gouvêa, C.V.D. (2013). Alterações Psicossomáticas e Hábitos Parafuncionais em Indivíduos com Disfunção Temporomandibular. *Revista Saúde e Pesquisa*, 6 (2), 185-189.
- Almeida, F.L., Silva, A.M.T., Correa, E.C.R. & Busanello, A. R. (2011). Relation between pain and electric Activity in the Presence of Bruxism. *Revista CEFAC*, 13 (3), 399-406.
- Alóe, F., Gonçalves, L.R., Azevedo, A. & Barbosa, R.C. (2003). Bruxismo durante o Sono. *Revista Neurociências*, 11 (1), 4-17.
- American Academy of Sleep Medicine (2005). *International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual*. Chicago: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – V (5ªEd.)*. Washington: American Psychiatric Association
- Andrieu, B. (2004). *A Nova Filosofia do Corpo*. Lisboa: Instituto Piaget
- Araújo, M.M.T., Silva, M.J.P. & Puggina, A.C. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41 (3), 419-425.
- Bader, G. & Lavigne, G. (2000). Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 4, 27-43.
- Balint, E. & Norell, J.S. (1995). *Seis Minutos para o Doente. Interações na Consulta de Clínica Geral*. Lisboa: Climepsi.

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bech, J.A. (2011). Los Modelos de Comunicación y los limites del Estructuralismo. *Revista Científica de la Asociación Mexicana de Derecho a la Información*, 2, 14-35.
- Behr, M., Hahnel, S. Faltermeier, A. Bürgers, R., Kolbeck, C., Handel, G. & Proff, P. (2012). The two main theories on dental bruxism. *Annals of Anatomy - Anatomischer Anzeiger*, 194 (2), 216 – 219.
- Breton, L.D. (2004). *Sinais de Identidade. Tatuagens, Piercings e outras Marcas Corporais*. Varziela: Europam Lda.
- Busanello-Stella, A.R., Berwing, L.C., Almeida, F.L., Silva, A.M.T. & Mello, F.M. (2011). Aspects of stomatognathic system of individuals with bruxism. *Revista Salusvita*, 30(1), 7-20.
- Calderon, P.S., Kogawa, E.M., Lauris, J.R.P. & Conti, P.C.R. (2006). The Influence of Gender and Bruxismo on the Human Maximum Bite Force. *Journal of Applied Oral Science*, 14(6), 448-453.
- Carvalho, U. (2004). *A Supervisão psicanalítica: Contribuições Teóricas e Práticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Carvalho, S.C.A., Carvalho, A.L.A., Lucena, S.C., Coelho, J.P.S. & Araújo, T.P.B. (2008). Associação entre Bruxismo e estresse em polícias militares. *Revista de Odontologia e Ciências*, 23 (2), 125-129.
- Carvalho, I.P., Ribeiro-Silva, R., Pais, V., Figueiredo-Braga, M., Castro-Vale, I., Almeida, S. & Cardoso, R.M. (2010). O Ensino da Comunicação na Relação Médico-Doente: uma proposta em prática. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 527-532.
- Castro, V., Clemente, M., Ramos, A., Mendes, J.G. & Pinho, J.C. (2013). A influência do Bruxismo na posição postural da cabeça. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 54 (3), 137-142.
- Cestari, K. & Camparis, C.M. (2002). Factores Psicológicos: Sua Importância no Diagnóstico das desordens Temporomandibulares. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, 2 (5), 54-60.

- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Creswell, J.W. (2009). *Research Design*. California: Sage Publications
- Dias, M.R. (2005a). *A Esmeralda Perdida: a Informação Prestada ao Doente Oncológico*. Lisboa: Editores Climepsi.
- Dias, M.R. (2005b). *Serão os mass media estratégias de Saúde?*. Lisboa: Editores Climepsi.
- Diniz, M.B., Silva, R.C. & Zuanon, A.C. (2009). Bruxismo na Infância: Um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, 27 (3), 329-334.
- Enríquez, A.B., Pérez, E.A.L. & Deschamps, E.G. (2004). Desgaste dental y Bruxismo. *Revista ADM*, 61 (1), 215-219.
- Faulker, K.D.B. (1990). Bruxism: a review of the literature. Part I. *Australian Dental Journal*, 35 (3), 266-76.
- Flick, U. (2013). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor
- Gama, E., Andrade, A.O. & Campos, R.M. (2013). Bruxismo: Uma revisão de literatura. *Ciência Atual*, 1 (1), 16-97.
- Garcia, D..N., Cabrera, L.G., Reyes, O.R. & Méndez, D.N. (2014). Contemporary tendencies of the physiopathological bases of bruxism. *Medisan*, 18 (8), 1149-1156.
- Giorgan, A. (1999). *O Meu Corpo. A Primeira Maravilha do Mundo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Giraki, M., Schneider, C., Schäfer, R., Singh, P., Franz, M., Raab, W.H. & Ommerborn, M.A. (2010). Correlation between Stress, Stress- Coping and Current Sleep Bruxism. *Head Face Medicine*, 6, 2-8.
- Goff, J. (1985). *As Doenças têm História*. Lisboa: Terramar.
- Gonçalves, O.F. & Saraiva, R.S.N. (1999). Anatomias da psicoterapia: A Cabeça também é Corpo. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (1), 63-77.

- Gonçalves, L.P.V., Toledo, O.A. & Otero, S.A.M. (2010). Relação entre Bruxismo, Fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press Journal Orthodontic* 15 (2), 97-104.
- Guerra, I.C. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e Formas de Uso*. Cascais: Principia.
- Gungormus, Z. & Erciyas, K. (2009). Evaluation of the Relation between Anxiety and Depression and Bruxism. *The Journal of International Medical Research*, 37, 547-550.
- Hachmann, A., Martin E.A. Araújo, F.B. & Nones, R. (1999). Efficacy of nocturnal bite plate in the control of bruxism for 3-5 year old children. *Journal of Pediatric Dentistry*, 24 (1), 9-15.
- Helman, C.G. (1994). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.
- Henry, S., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. & Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 86, 297-315.
- Johanns, C.M., Silvério, K., Furkim, A.M. Marchesan, I. (2011). Is there a relation between harmful oral habits and facial typology and dental occlusion?. *Revista CEFAC*, 13(6), 1095-1102.
- Klasser, G., Rei, N. & Lavigne, G.J. (2015). Sleep Bruxism Etiology: The Evolution of a Changing Paradigm. *Journal Canadian Dental Association*, 81:f2
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. New York: Sage Publications.
- Lavigne, G.J., Khoury, S., Abe, S., Yamaguchi, T. & Raphael, K. (2008). Bruxism physiology and Pathology: Na overview for Clinicians. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(7), 476-494.
- Lazarus, R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Glaros, A.G., Kato, T., Koyano, K., Lavigne, G.J., de Leeuw, R., Manfredini, S. & Winocur, E. (2013). Bruxism Defined and Graded: an International Consensus. *Journal of Oral Rehabilitation*, 40 (1), 2-4

- Maluly, M., Andersen, M.L., Dal-Fabbro, C., Bittencourt, L. & Siqueira, J.T. (2013). Polysomnographic Study of the Prevalence of Sleep bruxism in a Population Sample. *Journal Dental Research*, 92(7), 97-103.
- Manfredini, D. & Lobbezoo, F. (2009). Role of Psychosocial factors in the etiology of Bruxism. *Journal of Orofacial Pain*, 23 (2), 153-166.
- Mercadier, C. (2002). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar. O Corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-Doente*. Loures: Lusociência.
- Mieszko, W., Paradowska-Stolarz, A. & Wieckiewicz, W. (2014). Psychosocial Aspects of Bruxism: The most Paramount Factor Influencing Teeth Grinding. *BioMed Research International*, 7 (1), 240-247.
- Milheiro, J. (2001). O Corpo Sabe.... *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 9-38.
- Molina, O.F., Sobreira, M.A., Tavares, P.G., Dib, J.E. & Anquilino, R.N. (2006). Anxiety in craniomandibular disorders and bruxing behavior patients: The Role of Pain in Single and Multiple sites and severity of bruxing behavior. Part I: inclusion of the extreme behavior group and report of preliminar psychological data on anxiety. *Revista Neurociências*, 14 (1), 23-30.
- Molina, O.F., Gaio, D.C., Cury, M.D.N., Cury, S.E., Gimenez, S.R.M., Salomão, E.C. & Pinesci, E. (2002). Uma Análise Crítica dos Sistemas de Classificação sobre o Bruxismo: Implicações com o Diagnóstico, Severidade e Tratamento dos Sinais e Sintomas de DTM Associados com o Hábito. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, 2 (5), 61-69.
- Oporto, V.G.H., Lagos, G.J.D., Bornhardt, S.T., Fuentes, R. & Salazar, L.A. (2012). Es posible la Contribución de Factores Genéticos en el Bruxismo? *International Journal of Odontostomatology*, 6 (3), 249-254.
- Onodera, K., Kawagos, T., Sasaguri, K., Protacio-Quismundo, C. & Sato, S. (2006). The use of a BruxChecker in the evaluation of different grinding patterns during sleep bruxism. (Clinical report). *The Journal of Craniomandibular Practice*, 24 (4), 292-299.

- Paesani, D.A., Lobbezoo, F., Gelos, C., Guarda- Nardini, L., Ahlberg, J. & Manfredini, D. (2013). Correlation between self-reported and clinically based diagnoses of bruxism in temporomandibular disorders patients. *Journal of Oral Rehabilitation*, 40 (11), 803-809.
- Palinkas, M., Semprini, M., Siéssere, S., Theodoro, G.T., Rancan, S.V., Canto, G.L., Sousa, L.G., Regalo, S.C.H. (2014). Impacto do Bruxismo do Sono no Sistema estomatognático. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 1, 5-8.
- Pardal, L. & Lopes, E.S. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, E. & Páscoa, A. (1998). *Dicionário Breve de Psicologia*. Lisboa: Editorial Presença.
- Pereira, R.P.A., Negreiros, W.A. S., Scarparo, H.C., Pigozzo, M.N. & Consani, R.L.X. & Mesquita, M.F. (2006). Bruxismo e qualidade de vida. *Revista Odonto Ciência*, 21 (52), 185-190.
- Poyatos, F. (2012). Realidade y Problemas Del Discurso Verbal – No Verbal En Interpretación Simultánea o Consecutiva. *Oralia*, 15, 279-303.
- Primo, P., Miura, C. & Boleta-Ceranto, D. (2009). Considerações Fisiopatológicas Sobre o Bruxismo. *Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR*, 13 (3), 263-266.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, A.P. & Bortagarai, F.M. (2012). A Comunicação Não-verbal na Área da Saúde. *Cefac*, 14 (1), 164-170.
- Rangel, R.M.R., Roque, I.C.M., Gouveia, C.V.D., Roque, C.D.M. & Martinez, O.E.R. (2011). Os Fármacos na Etiologia e Tratamento do Bruxismo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14 (4), 91-96.
- Reichardt, G., Miyakawa, Y., Otsuka, T. & Sato, S. (2013). The mandibular response to

- occlusal relief using a flat guidance splint. *International Journal of Stomatology & Occlusion Medicine*, 6, 134-139.
- Rintakoski, K., Ahlberg, J., Hublin, C., Lobbezoo, F., Rose, R.J., Murtomaa, H. & Kaprio, J. (2010a). Tobacco use and reported bruxism in young adults: A nationwide Finnish Twin Cohort Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(6), 679-683.
- Rintakoski, K., Ahlberg, J., Hublin, C., Broms, U., Madden, P.A., Könönen, M., Koskenvuo, M., Lobbezoo, F. & Kaprio, J. (2010b). Bruxism Is Associated With Nicotine Dependence: A Nationwide Finnish Twin Cohort Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12 (12), 1254-1260.
- Roberts, L. & Bucksey, S. (2007). Communicating with Patients: What Happens in Practice?. *Physical Therapy*, 87 (5), 586-957.
- Rodrigues, D. (2005). Corporeidade e exclusão Social. In D. Rodrigues, *O Corpo que (Des) Conhecemos* (pp.34-35). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Rodrigues, C.K., Ditterich, R.G., Shintcovsk R.L. & Tanaka, O. 2006. Bruxismo: Uma revisão de Literatura. *UEPG*, 12 (3), 13-21.
- Sari S. & Sonmez, H. (2001). The relationship between occlusal factors and bruxism in permanent and mixed dentition in Turkish children. *Journal Pediatric Dentistry*, 25, 191-194.
- Savóia, M. G. (1999). Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26, 56-67.
- Scheider, C., Schaefer, R., Ommerbom, M.A., Giraki, M., Goertz, A. & Raab, W.H. (2007). Maladaptive Coping Strategies in Patients with Bruxism Compared to non-Bruxism Controls. *International Journal Behaviour Medicine*, 14 (4), 257-261.
- Seeger, L. (2002). *Psicologia & Odontologia. Uma abordagem Integradora*. São Paulo: Editora Santos.
- Seraidarian, P., Seraidarian P.I., Neves, B.C., Marchini L. & Claro, A.C.N. (2009). Urinary levels of catecholamines among individuals with and without sleep bruxism. *Sleep Breath*, 13 (1), 85-88.

- Serralta, F.B. & Freitas, P.R.R (2002). Bruxismo e Afetos Negativos: um Estudo Sobre Ansiedade, Depressão e Raiva em Pacientes Bruxômeros. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, 2 (5), 20-25.
- Server-Schreiber, D., Perlstein, W. M., Cohen, J.D. & Mintun, M. (1998). Selective pharmacological activation of limbic structures in human volunteers: a positron emission tomography study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10 (2), 148-159.
- SgrinHELLi, M. & Coelho, H. (1998). *Odontologia do 3º Milênio*. São Paulo: Proton Editora.
- Shetty, S., Pitti, V., Babu, S., Kumar, G.P.S. & Deepthi, B.C. (2010). Bruxism: A Literature Review. *Journal Indian Prosthodontic Society*, 10 (3), 141-148.
- Silva, M.J.P. (2010). *Comunicação tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais na área da saúde*. São Paulo: Edições Loyola.
- Silva, N.R. & Cantisano, M.H. (2009). Bruxismo: Etiologia e tratamento. *Revista Brasileira de Odontologia*, 66 (2), 223-227.
- Silva, L., Brasil, V., Guimarães, H., Savonitti, B. & Silva, M. (2000). Comunicação Não-Verbal: Reflexões Acerca da Linguagem Corporal. *Revista Latino – Americana Enfermagem*, 8 (4), 52-58.
- Silva, B.B.R., Lacerda, K.R.R.S., Ferreira, A.P.L. & Figueiroa, M.S. (2013). Prevalência de Bruxismo e distúrbio do sono em deficientes visuais. *Fisioterapia em Movimento*, 26 (1), 159-166.
- Singh, V.P. (2012). Language and Body Language. *International Journal of Educational Research and Technology*, 3 (2), 164-171.
- Souza, K.M., Silva, J.W.G., Lemos, A.D. & Lins, R.D.A.U. (2010). Bruxismo Infantil: Prevalência, etiologia, diagnóstico e tratamento: uma abordagem literária. *Orthodontic Science and Practice*, 3(10), 145-149.
- Soares, I.S.Q, Miranda, A.F.V, Assencio-Ferreira, V.J. & Ninno, C.Q. (2004). Bruxism: mastigatory performance in young adult. *Revista CEFAC*, 6 (4), 358-362.

Stake, R.E. (2007). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Veras, A.L. (2010). Desenvolvimento e construção da imagem Corporal na atualidade: Um olhar Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (2), 96-116.

ANEXOS

Anexo 1- Guião de Entrevista Exploratória

1. O que é para si o bruxismo. Enquanto entidade nosológica.
2. Como define bruxismo diurno e noturno.
3. A que critérios recorre para elaborar o diagnóstico de um paciente bruxómero?
4. Considera relevante a ajuda de outros grupos profissionais para aferir o diagnóstico de um paciente bruxómero?
5. Tendo como referência pacientes a quem foi diagnosticado bruxismo. Consegue delinear um perfil biopsicossocial comum a esses pacientes?
6. Quais os fatores que considera estarem eventualmente envolvidos na etiologia do bruxismo?
7. Qual a sua opinião sobre a prevalência do bruxismo, no que se refere ao género?
8. Como Profissional de Saúde (Médico Dentista, Psicólogo, Terapeuta da Fala), qual é para si a abordagem terapêutica que considera adequada para um paciente bruxista?
9. Em algum momento da sua prática clínica, considerou importante pedir a participação de outros grupos saúde para definir uma estratégia terapêutica ao paciente bruxómero?
10. Caso a resposta anterior seja afirmativa, considera importante a abordagem multidisciplinar, já o fez em algum momento da sua prática clínica? Sim – Descreva sumariamente a estratégia terapêutica adotada.

Anexo 2- Guião de Entrevista Final e Questionário de dados demográficos

1. O que é para si o Bruxismo, enquanto entidade nosológica.
2. Como define o bruxismo diurno e o bruxismo associado ao período de sono?
3. Quais os critérios sintomáticos mais relevantes na elaboração do diagnóstico de um paciente bruxista?
4. Sendo o Bruxismo uma Doença multifatorial, considera que o despiste inicial desta patologia é da competência exclusiva do Médico Dentista? Porquê?
5. Considerando a problemática do bruxismo, consegue delinear um perfil biopsicossocial destes pacientes?
6. Quais os fatores etiológicos, que considera estarem envolvidos no bruxismo como entidade biopsicossocial?
7. Qual a abordagem terapêutica que considera estar mais indicada ao nível da intervenção destes pacientes?
8. Em algum momento da sua prática clínica, considerou importante pedir a participação de outros grupos de profissionais, no sentido de ser feita uma abordagem terapêutica multidisciplinar ao paciente bruxómero?
9. Há alguma informação que considere relevante para esta investigação que gostasse de acrescentar a esta entrevista?

Questionário de dados demográficos

Por favor responda às seguintes questões.

Preenchido o questionário, agradeço que o entregue.

1. Qual o seu género:

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

2. Qual a sua Idade: _____ anos

3. Qual a sua Profissão:

- ☐ Médico Dentista
- ☐ Psicólogo
- ☐ Terapeuta da Fala

4. Tempo de exercício profissional:

- ☐ 1 – 5 Anos
- ☐ 5 – 10 Anos
- ☐ 10 – 15 Anos
- ☐ Mais de 15 anos

5. Local onde exerce funções:

- ☐ Hospital
- ☐ Clínica Universitária
- ☐ Clínica Particular
- ☐ Outro (especifique): _____

Anexo 3 - Consentimento Informado



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, _____ de _____ 2015

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto final do ISCSEM, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Rosário Dias, solicita-se autorização para a participação no estudo “Perceção Biopsicossocial do Profissional de Saúde sobre a problemática do Bruxismo”, a Profissionais de Saúde (Médico Dentista, Psicólogo e Terapeuta da Fala) com o objetivo de avaliar a perceção destes profissionais em aspetos referentes à etiologia, diagnóstico, bem como intervenções terapêuticas diferenciadas sobre o bruxismo, na Clínica Universitária do ISCSEM e clínicas particulares.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como fundamentar a necessidade de constituir equipas multidisciplinares, para a abordagem do paciente bruxómero, dado que na literatura científica se verifica uma ausência de artigos científicos que objetivem estudos empíricos suportados em equipas multidisciplinares, ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo (s) orientador (es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 4- Tabelas de Frequências dos Marcadores das Entrevistas Finais

PERGUNTA 1: “O que é para si o bruxismo, enquanto entidade nosológica?”

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Apertar dos músculos mastigatórios</i>	6	-	-
<i>Hábito Parafuncional</i>	6	9	-
<i>Componente Psicológica</i>	5	9	-
<i>Ranger dos dentes</i>	-	9	11
<i>Desgaste Dentário</i>	-	8	-
<i>Descarregar de Emoções Contidas</i>	-	-	6
<i>Tensão do Foro emocional</i>	-	-	-

PERGUNTA 2: “Como define o bruxismo diurno e o bruxismo associado ao período de sono?”

✓ Bruxismo Diurno

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Apertar os dentes</i>	7	-	-
<i>Consciente</i>	6	2	-
<i>Stress Diário</i>	5	-	-
<i>Componente Emocional</i>	-	4	-
<i>Não sei</i>	-	3	3
<i>Apertar os Músculos Mastigatórios</i>	-	2	-
<i>Ato Involuntário</i>	-	-	12
<i>Contenção de Emoções</i>	-	-	2

✓ Bruxismo Associado ao Período de sono

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Descarregar de Emoções</i>	4	4	-
<i>Incontrolável</i>	2	-	-
<i>Inconsciente</i>	2	9	-
<i>Ranger dos dentes</i>	7	-	-
<i>Não sei</i>	-	3	3
<i>Ato Involuntário</i>	-	-	12

PERGUNTA 3: “Quais os critérios sintomáticos mais relevantes na elaboração do diagnóstico de um paciente bruxista?”

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Desgaste Dentário</i>	11	11	-
<i>Cefaleias</i>	5	5	-
<i>Dor Orofacial</i>	8	9	-
<i>Tensão Aumentada dos Músculos Orofaciais</i>	8	6	-
<i>Agressividade Contida</i>	-	-	10
<i>Ansiedade</i>	-	-	12
<i>Baixa-Autoestima</i>	-	-	6
<i>Perturbações do Comportamento Alimentar</i>	-	-	6

PERGUNTA 4: “Sendo o Bruxismo uma Doença multifatorial, considera que o despiste inicial desta patologia é da competência exclusiva do médico dentista? Porquê?”

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>É exclusivo</i>	4	-	2
<i>Não é Exclusivo</i>	11	15	13

✓ Não Exclusivo do MD

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Médico de Família</i>	6	-	-
<i>Psicólogo</i>	6	-	9
<i>Abordagem Multiprofissional</i>	6	10	13
<i>Doença Multifatorial</i>	3	4	10
<i>Médico Dentista</i>	-	10	8

✓ Exclusivo do MD

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Médico Dentista é quem mais precocemente pode identificar o Bruxismo</i>	4	-	-
<i>Repercussões Orais do Bruxismo</i>	-	-	2

PERGUNTA 5: “Considerando a problemática do bruxismo, consegue delinear um perfil biopsicossocial destes pacientes?”

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Indivíduos com dificuldades de gestão de Stress</i>	9	6	-
<i>Indivíduos mais Ansiosos</i>	9	11	12
<i>Agressividade Contida</i>	6	-	10
<i>Emoções Contidas</i>	4	4	-
<i>Indivíduos Introversos</i>	-	5	-
<i>Indivíduos com Baixa Auto-Estima</i>	-	-	7
<i>Indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar</i>	-	-	6

PERGUNTA 6: “Quais os fatores etiológicos que considera estarem envolvidos no Bruxismo como entidade biopsicossocial?”

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Stress</i>	13	9	-
<i>Alimentação desequilibrada</i>	2	-	-
<i>Ansiedade</i>	5	9	6
<i>Má Oclusão</i>	7	5	-
<i>Fatores Emocionais</i>	-	6	9
<i>Famílias Disfuncionais</i>	-	-	5
<i>Multifatorial</i>	-	-	8

PERGUNTA 7: “Qual a abordagem terapêutica que considera estar mais indicada ao nível da intervenção destes pacientes?”

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Goteira de Relaxamento</i>	11	-	5
<i>Encaminhamento para Psicólogo</i>	10	10	-
<i>Correção de Problemas Dentários</i>	5	-	-
<i>Consciencializar o Paciente do seu Problema</i>	4	-	-
<i>Encaminhamento para Médico Dentista</i>	-	12	-
<i>Exercícios de Relaxamento da Musculatura Orofacial</i>	-	11	-
<i>Psicoterapia</i>	-	-	12
<i>Abordagem Multidisciplinar</i>	-	-	9

PERGUNTA 8: “Em algum momento da sua prática clínica, considerou importante pedir a participação de outros grupos profissionais, no sentido de ser feita uma abordagem terapêutica multidisciplinar ao paciente bruxómero?”

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Sim</i>	15	14	12
<i>Não</i>	-	1	3

MARCADORES	Médicos Dentistas	Terapeutas da Fala	Psicólogos
<i>Psicólogo</i>	14	7	-
<i>Médico de Família</i>	5	2	-
<i>Psiquiatra</i>	4	2	-
<i>Terapeuta da fala</i>	2	-	-
<i>Osteopata</i>	2	-	-
<i>Médico Dentista</i>	-	13	11
<i>Fisioterapeuta</i>	-	3	-
<i>Equipa Multidisciplinar</i>	-	-	4

PERGUNTA 9: “Há alguma informação que considere relevante para esta investigação que gostasse de acrescentar a esta entrevista?”

<i>MARCADORES</i>	<i>Médicos Dentistas</i>	<i>Terapeutas da Fala</i>	<i>Psicólogos</i>
<i>Sim</i>	-	-	-
<i>Não</i>	15	15	15